Waardigheid en trots

Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier

Een schets van verpleeghuiszorg

- wat mogen mensen verwachten
- wat moeten zorghuizen bieden



www.waardigheidentrots.nl

Ouderen in zorghuizen:

broze mensen én leefplezier

Jan Coolen
Ben Sajet Centrum – academische werkplaats langdurige zorg – Amsterdam
September 2015

In opdracht van
- Landelijke taskforce verpleeghuiszorg
- Ministerie van VWS

Voorwoord

Ouderen kunnen lang thuis wonen, ook met beperkingen. Soms gaat dat niet meer. Als oudere mensen het thuis niet meer redden – ondanks veel hulp van familie en thuiszorg – moeten zij kunnen rekenen op goede zorg in een woonvorm zoals een verpleeghuis. Hun waardigheid moet centraal staan.

Ze kunnen erop rekenen dat naar hen wordt geluisterd, dat de familie betrokken blijft en de zorg zich aansluit bij hun leefstijl. Medewerkers moeten zich vrij voelen om de zorg te leveren zoals de oudere dat wil; op basis van hun professionaliteit en beroepstrots. Op diverse plaatsen wordt de zorg al zo geleverd, maar lang niet overal. Daarom is een omslag nodig. Een extra reden is de toenemende zorgzwaarte in de verpleeghuiszorg waardoor hogere eisen aan kwaliteit worden gesteld.

In februari 2015 presenteerde Staatssecretaris Van Rijn ‘Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen’. Dat gebeurde samen met NPCF, LOC, V&VN, Verenso, ActiZ, BTN, ZN, IGZ en het Zorginstituut. Verenigd in een taskforce streven zij de omslag in de verpleeghuiszorg na die is beschreven in ‘Waardigheid en trots’. Op verzoek van de taskforce heeft Jan Coolen (die op diverse plekken in de zorg werkzaam was) zich gebogen over de vraag wat goede verpleeghuiszorg is; op welke kwaliteit de ouderen mogen rekenen.

De schets die voorligt berust op uitgebreide samenspraak met veel ‘meedenkers’; mensen die in de zorg werken, bestuurders, cliëntenorganisaties, onderzoekers. Daarnaast is de vakkennis uit de taskforce benut.

Het resultaat is een richtinggevende schets voor verpleeghuiszorg aan zeer kwetsbare mensen: welke kwaliteit er wordt geboden, wat daarvoor nodig is. Naar mijn mening is de schets aan te raden leesvoer voor allen die werken aan de kwaliteit van verpleeghuiszorg of deze een warm hart toedragen.

De landelijke taskforce verpleeghuiszorg heeft uitgesproken dat de voorliggende schets een samenbindend document is voor alle partijen in de zorg: beroepsgroepen, zorginstellingen, cliëntenorganisaties, IGZ, zorgverzekeraars. De schets geeft kort en krachtig voor al deze betrokkenen een richtinggevend kader – zo hebben zij vastgesteld.

Heel graag wil ik Jan Coolen en alle ‘meedenkers’ danken voor het richtinggevende werk.

Martijn Verbeek
Directeur Langdurige Zorg tevens voorzitter van de taskforce verpleeghuizen.

Inhoudsopgave

1 De opdracht

1.1 Kwetsbare ouderen

Er zijn in Nederland omstreeks 500.000 kwetsbare ouderen met aanzienlijke fysieke of psychische beperkingen in hun dagelijks leven. Overwegend wonen ze thuis en hebben daar enigerlei hulp van nabije familie of vrienden en daarnaast van beroepskrachten. Bij een deel van die ouderen bestaan zulke uitgebreide beperkingen – en is er zo weinig informele hulp – dat een voorziening voor 24-uurs zorg een passende oplossing kan zijn. Niemand zal ervoor kiezen als men nog vitaal is, of als men het thuis nog prima redt met hulp bij de huishouding en de persoonlijke verzorging; of als de wijkverpleging – samen met de huisarts – afdoende kan helpen bij chronische ziekten. Kwetsbare ouderen komen soms in situaties waarin het thuis niet meer kan; door een stapeling van slechte gezondheid, uitgebreide beperkingen, weinig zelfredzaamheid, en bovendien weinig nabije familieleden die (nog) samen met beroepskrachten kunnen zorgen.

In een jaar tijd doen 210.000 mensen een beroep op langdurige zorg in een verzorgingshuis of verpleeghuis.[1] Ze hebben een indicatie voor 24-uurs zorg, ofwel verblijfszorg. Voor hen geldt dat het thuis echt niet meer kan; een woonvorm voor 24-uurs zorg – waar men voortdurend nabije hulp heeft – zien ze als een onvermijdelijke of aantrekkelijke uitweg voor zichzelf of overbelaste naaste familieleden. Wat moet die woonvorm dan voor hen bieden; op welke kwaliteit van zorg mogen ze rekenen? Deze vragen staan centraal in dit document. In samenspraak met het werkveld koerst dit document op een aansprekend – en tevens voor de praktijk werkbaar – perspectief op 'goede 24-uurs zorg'.

1.2 Plan voor verpleeghuiszorg

De staatssecretaris van VWS heeft in het voorjaar van 2015 een plan voor verpleeghuiszorg gemaakt.[2] Het geeft een impuls aan betere kwaliteit voor bewoners en tegelijk voor een betere toerusting van medewerkers die de dagelijkse zorg en ondersteuning doen. Er is een landelijke *task force* gevormd die de uitwerking van het plan begeleidt. Daarin zijn vertegenwoordigd: VWS, IGZ, ZiNL, ACTiZ, BTN, LOC, NPCF, V&VN, Verenso, ZN.

[1] Cijfer op basis van CBS-STAT: personen op jaarbasis. Het betreft mensen met een zorgindicatie en/of actueel gebruik van intramurale ouderenzorg. Tijdelijke herstelzorg (geriatrische revalidatie) is hierin niet meegeteld. De NZa geeft in de Monitor Langdurige zorg een verbijzondering per kwartaal: dan telt men 165.030 personen met indicatie voor intramurale V&V (cijfers over het 4e kwartaal van 2014).

[2] Het plan is gepresenteerd onder de titel: 'Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'. Er zijn 5 thema's uitgewerkt: (1) samenspel van cliënt, mantelzorg, beroepskrachten, (2) veilige zorg, (3) ruimte voor zorgprofessionals, (4) bestuurlijk leiderschap, (5) transparantie.

Onder de activiteiten van de *task force* valt ook de vraag: ‘wat goede zorg in een verpleeghuis is’ en ‘waarop de bewoner mag rekenen’. Doel is tot een gezamenlijk perspectief te komen. Hierbij zijn twee invalshoeken genoemd: (a) een omschrijving van basiszorg die altijd geborgd moet zijn, en (b) een bredere schets van ‘wonen, zorg, welzijn’. Dit document combineert beide optieken.

1.3 Opzet van dit document

Het is al gezegd: doel van dit document is een samenhangende visie op kwaliteit van intramurale ouderenzorg. Primair vanuit de cliënten, maar tevens vanuit de medewerkers die het werk doen.
Om hiertoe te komen is de volgende aanpak gevolgd:

- er is gekeken naar de vernieuwende praktijk van ouderenzorg,
- er is gebruik gemaakt van onderzoek naar kwaliteit van zorg,
- er zijn gesprekken gevoerd met de relevante landelijke partijen en met andere deskundigen,
- er is gebruik gemaakt van hun werkdocumenten over kwaliteit van verpleeghuiszorg.

Het leidende gezichtspunt is kort als volgt samen te vatten:

- Mensen die naar een woonvorm voor 24-uurs zorg gaan, vinden het doorgaans niet fijn om die overgang te maken. Maar als het niet anders kan, dan is de inzet vanuit de zorg dat ‘we het beste ervan maken’. En er zijn ook mensen die het een verademing vinden om te verhuizen naar een woonvorm voor 24-uurs zorg.
- Mensen hebben een broze gezondheid met fysieke en mentale achteruitgang, en daardoor zit het leven ook vol moeilijkheden (‘het is lang niet altijd leuk’). Niettemin is de opgave voor elke woonvorm om de persoon toch zoveel mogelijk een prettig leven te bieden.
- Dat kan nooit uitsluitend een opdracht zijn van de zorginstelling. Het zal alleen maar lukken met inzet vanuit de nabije familie. Goede zorg berust op samenspel van familie, vrijwilligers en beroepskrachten.
- De medewerkers van een woonvorm hebben bij dit alles een moeilijke opgave. Onder meer: behoud van gezondheid, de persoon helpen bij omgaan met ziekte, nabije hulp geven bij de dagelijkse verrichtingen, zich inleven in de ‘sores’ van een persoon, omgaan met soms heel moeilijk gedrag, kijken wat de cliënt de moeite waard vindt om een fijn leven te hebben, afstemming met mantelzorg.
- De zwaarte van het werk valt niet te onderschatten. Anders dan in recente jaren – met veel accent op richtlijnen, protocollen, registraties – moet de nadruk gaan liggen op vakbekwame medewerkers die in dialoog met de cliënt afspreken wat het beste is, met betrokkenheid van nabije familie.
- Zorgorganisaties en woonvormen hebben een opdracht met betrekking tot ‘betrokken en vakbekwame medewerkers’ (ook vrijwilligers) die een cultuur van persoonsgerichte zorg opbouwen. Daarbij hoort dat organisaties ruimte bieden voor bijscholing en voor reflectie binnen woonvormen (‘hoe doen we het’ en ‘wat kan beter’).

- Hierop aansluitend is een ander kwaliteitskader nodig dan nu voor de 24-uurs zorg geldt; met een verschuiving van ‘controle’ (van buitenaf of van bovenaf) naar ‘sturen op gezamenlijke visie’ en ‘verantwoorden over de beweging naar betere kwaliteit’.

Dit gezichtspunt krijgt in paragraaf 3 een nadere uitwerking. De volgende paragraaf 2 geeft eerst een korte schets van de 24-uurs zorg voor kwetsbare ouderen: welke zorg voor welke ouderen? Wat is de kwaliteit van zorg? En wat zijn belangrijke knelpunten? Vooral: wat vinden de cliënten en de medewerkers ervan?
De verdere opbouw van dit document is als volgt:
- Wat verstaan we onder ‘goede zorg’: vier invalshoeken (= paragraaf 3)
- Waarop koersen we: een perspectief op goede 24-uurs zorg (= paragraaf 4)
- Wat is daarvoor nodig: zicht op belangrijke voorwaarden (= paragraaf 5)

Reikwijdte

Verpleeghuiszorg, op basis van de Wet langdurige zorg, is bedoeld voor kwetsbare mensen die 24-uurs nabije zorg nodig hebben; doorgaans in een woonvorm, maar het kan ook thuis of in een cluster van woningen ('volledig pakket thuis').
De zorg bestaat uit een samenhangend pakket van ondersteuning, verzorging, verpleging en behandeling gericht op het welbevinden van de persoon.

Binnen deze intensieve zorg ligt het accent op voortdurende verzorging, die wordt aangevuld met andere functies. De term 'verpleeghuis' is eigenlijk verkeerd; die term is van decennia geleden toen deze intramurale zorg werd losgemaakt van de ziekenhuizen. Wellicht verdient de term 'zorghuizen' in de komende tijd de voorkeur.

In dit document ligt de nadruk op de langdurige zorg in bijzondere woonvormen (zorghuizen). Die zorg wordt voornamelijk benut door zeer oude mensen. Ofwel: verpleeghuiszorg is vooral ouderenzorg. Maar er zijn ook 'jongere' mensen met complexe chronische ziekten die van de 24-uurs zorg in een verpleeghuis gebruik maken. Denk aan mensen met de ziekte van Huntington (in late fase van de ziekte), jong dementerenden, mensen met complexe NAH/CVA. Natuurlijk zijn er inspanningen om deze mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, maar dat nooit voor iedereen gedurende de gehele ziekteperiode mogelijk zijn. Specifieke aandacht is nodig voor deze bijzondere cliëntgroepen met extra complexe problematiek.

Daarnaast is hier vermeldenswaard dat de 'verpleeghuiszorg' naast langdurige 24-uurs zorg ook andere functies heeft. Onder meer 'tijdelijk verblijf' voor thuiswonende mensen die gedurende een begrensde periode een sterk verzwakte gezondheid hebben (en die niet, of niet meer in het ziekenhuis horen te zijn, omdat er geen noodzaak is van gespecialiseerde behandeling). Mede doordat oudere mensen – ook bij uitgebreide beperkingen – lang thuis blijven wonen, zal de behoefte aan deze tijdelijke verblijfszorg toenemen.

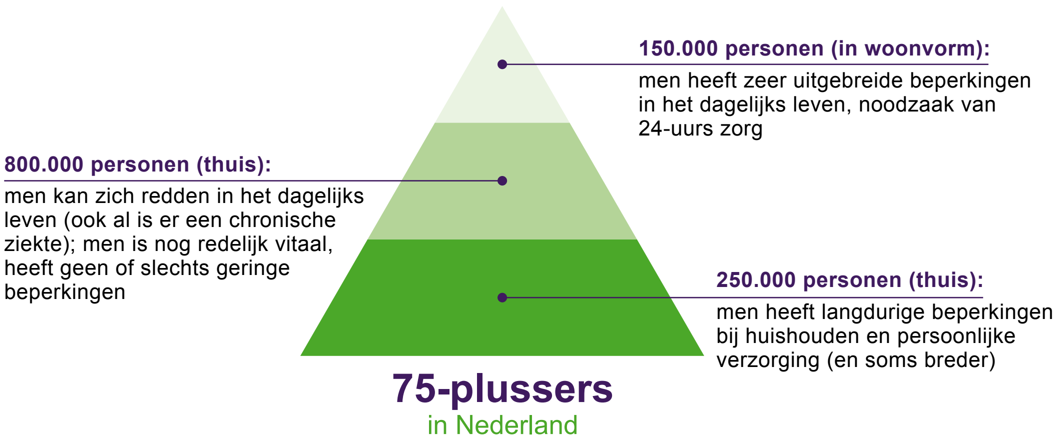
In het verlengde hiervan is het eveneens wenselijk dat de 'verpleeghuiszorg' ruimte heeft voor acute opvang in crisissituaties. In de gezondheidszorg ontstaat een toename van acute opnamen bij zowel mensen met dementie als mensen met complexe somatische problematiek. Ouderen en hun naasten proberen het thuis zo lang mogelijk vol te houden; mantelzorgers gaan vaak heel ver in betrokkenheid. Op enig moment ontstaat er dan een onverwachtse situatie of plotselinge verslechtering van hun ziekte en dan knapt de spanningsboog. Huisartsen worden dan geconfronteerd met een acuut probleem dat thuis niet meer houdbaar is. Er moet snel geschakeld worden naar zorghuizen die een snelle opvang kunnen regelen (ook de situatie beoordelen en zo mogelijk tijdelijke zorg bieden als het – met aanvullende middelen – toch thuis kan).

In dit document staat de langdurige zorg centraal. Dat gebeurt echter met erkenning van het belang van de andere functies die zojuist zijn genoemd.
Anders dan gebruikelijk is – met veel aandacht voor instellingen – staat in dit document de woonvorm voor 24-uurs zorg op de voorgrond; het individuele zorghuis. Daar moet het voor cliënten en medewerkers goed lopen. De bredere zorginstelling is verantwoordelijk voor de gunstige voorwaarden; heeft zicht op kwaliteit, is alert op noodzakelijke kwaliteitsverbetering.

2 Ouderenzorg en kwaliteit

2.1 Zorg voor kwetsbare ouderen

Nederland telt op dit moment ruim 1,2 miljoen mensen met een leeftijd vanaf 75 jaar. De meeste mensen leven in een redelijke gezondheid. Velen hebben weliswaar een chronische aandoening (en vaak meerdere tegelijk), maar er valt mee te leven zonder veel ‘ziektelast’. Omstreeks een kwart van de 75-plussers heeft langdurige beperkingen bij dagelijkse activiteiten op het vlak van huishouding én persoonlijke verzorging; soms met meer problemen erbij (zoals regieverlies, eenzaamheid). De meeste van hen wonen zelfstandig en hebben enigerlei hulp van familie en/of beroepskrachten. Een beperkt deel van hen verblijft langdurig in een woonvorm voor 24-uurs zorg; omstreeks 12% van alle 75-plussers. Onderstaand schema geeft een globaal overzicht.



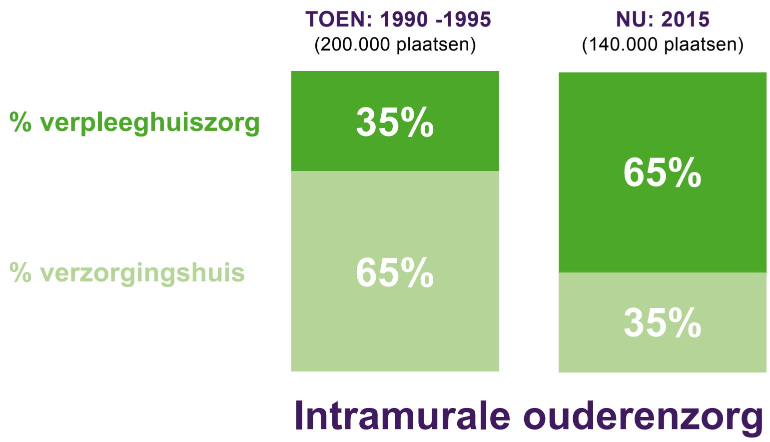
2.2 Vraag naar intramurale zorg[3]

De belangrijkste achtergrond van de vraag naar intramurale zorg is een steeds slechter wordende gezondheid (fysiek, cognitief, psychisch). Het thuis regelen van voortdurend nabije ondersteuning is moeilijk; en familie en vrienden kunnen niet voldoende hulp bieden. De keuze voor intramurale zorg heeft ook te maken met de vrees dat er iets ergs gebeurt terwijl niemand in de buurt is om te helpen. Een andere reden volgt uit ernstige cognitieve beperkingen en oriëntatiestoornissen. Dit is bij minimaal vijf op de tien zorgvragers het geval; vooral gerelateerd aan ernstige dementie of hersenletsel (CVA). Daarnaast zijn er sociaal-psychische redenen. Van alle bewoners in de intramurale ouderenzorg heeft 20% ernstige psychische problemen; 15% kan bij niemand terecht voor steun; 45% vindt dat ‘mijn contacten oppervlakkig zijn’.

[3] Tekst hieronder op basis van SCP: ‘Zorg in de laatste jaren’.

2.3 Intramurale zorg en verpleeghuiszorg

Er zijn omstreeks 140.000 mensen die nu wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis.[4] Het aantal mensen dat in een jaar gebruik maakt van deze zorg is hoger. Dit gaat in de richting van 180.000 personen. Er is elk jaar een flinke doorstroom: in een jaar tijd overlijdt omstreeks een derde van de bewoners. Dit gegeven is van grote invloed op de aard van de zorg: intensieve zorg in enkele laatste jaren van het leven, waaronder palliatieve zorg. Vandaag de dag is de intramurale ouderenzorg overwegend ‘verpleeghuiszorg’: 24-uurs zorg die bestaat uit verzorging, begeleiding, verpleging, behandeling in een beschermde woonsetting. Van alle bewoners in verzorgings- en verpleeghuizen krijgt 65% een zorgpakket dat verwijst naar die verpleeghuiszorg (zzp 5 of hoger). Dit is een opmerkelijk gegeven. Zo’n 20 tot 25 jaar geleden bestond de intramurale ouderenzorg nog overwegend uit verzorgingshuizen; het aandeel van verpleeghuiszorg is enorm toegenomen. De onderstaande figuur laat dat zien.



Eigenlijk is het niet meer zinvol een onderscheid te maken in verpleeghuiszorg en verzorgingshuis. Mede door de sterk aangescherpte toegang (indicatiestelling) tendeert alle intramurale zorg naar intensieve 24-uurs zorg: bewoners hebben op veel gebieden van het dagelijks leven hulp nodig; er is voortdurend nabije opvang gewenst; en medische zorg, verzorging, welzijn, beschermd wonen moeten in samenhang beschikbaar zijn.[5]

[4] De beschikbare statistieken geven geen eenduidig overzicht van de intramurale V&V of het aantal gebruikers. De monitor langdurige zorg (NZa) telt over het 4e kwartaal 2014: 141.570 mensen die op dat moment gebruik maken van een verpleeg- of verzorgingshuis voor langdurige zorg. Het CBS geeft lagere cijfers vanuit de gemeentelijke basisadministratie (aantal mensen dat als instellingsbewoner is ingeschreven): 125.000 mensen op een peilmoment. Afgeleid van de gerealiseerde zorg (aantal dagen en betaalde zorgproductie) komen we op 144.800 bezette plaatsen in de intramurale V&V.

[5] Het is uiteraard bekend dat er nu nog verschillen zijn. Het SCP laat zien dat de helft van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen ernstige beperkingen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen heeft; de andere helft matige beperkingen. In de verpleeghuizen heeft vrijwel iedereen een ernstige beperking: veel activiteiten bij de persoonlijke verzorging kan de persoon niet zelf doen (zoals aan- en uitkleden, zichzelf volledig wassen, in en uit bed gaan, zelfstandig eten, naar de WC gaan).

De mensen die naar een woonvorm voor 24-uurs zorg gaan verblijven er gemiddeld enkele jaren. Ze hebben uitgebreide ondersteuning nodig in hun dagelijks leven, ze zijn bijna allemaal zonder partner, en hun sociaal netwerk is zeer broos. Gedurende het verblijf in de woonvorm is er bij de meeste mensen een aanmerkelijke achteruitgang in functioneren (fysiek, mentaal).[6]
De gemiddelde leeftijd van de bewoners is in recente jaren nog meer omhoog gegaan. Tien jaar geleden was dat 80 jaar; nu is dat bij de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen 85 jaar.

2.4 Kwaliteit van zorg

Hoe staat het met de kwaliteit van intramurale ouderenzorg? Daarover bestaan veel globale beelden. Op dit moment overheerst in de media een beeld van forse tekortkomingen of van overwegend ondermaatse zorg. Dat beeld klopt niet; het is zeker niet alom kommer en kwel. Er zijn wel aanzienlijke knelpunten.

Ervaringen van cliënten
Hoe ervaren cliënten de kwaliteit van intramurale ouderenzorg? Globaal is het beeld als volgt: bewoners beoordelen de zorg die ze krijgen overwegend positief, maar ze ervaren als knelpunt dat het personeel weinig tijd heeft, en dat de zorg gehaast gebeurt.[7]
Meer gedetailleerde inzichten zijn bekend vanuit cliënt-ervaringsonderzoek (‘CQ’).
Die inzichten zijn gebundeld in de landelijke benchmark. Ze betreffen de gehele intramurale ouderenzorg.[8]

- Uitgedrukt in een rapportcijfer (een cijfer van 1 tot 10) geven bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen gemiddeld een ruime ‘8’ aan het geheel van wonen, zorg en ondersteuning. Bij de nabije familieleden van mensen met dementie is dat cijfer lager: 7,7.
- Bezien naar afzonderlijke thema’s zijn cliënten het meest te spreken over de woonlocatie (waaronder gastvrijheid, inrichting, privacy) en over de maaltijden (‘eten & drinken’). Het minst positief zijn ze over de beschikbaarheid van personeel. Niettemin krijgt ‘de ervaren kwaliteit van het personeel’ een hoog cijfer (8,5).

[6] Het CIZ volgde mensen die in 2008 zijn ingestroomd in verzorgings- of verpleeghuis (rapport ‘zorg-biografieën’); in de periode 2008-2013 ging bijna de helft naar een hoger zorgzwaartepakket.
[7] SCP, Zorg in de laatste jaren, 2011.
[8] ActiZ / PWC, Samen op weg – Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2014.

Cliëntwaarderingen:
breed middenveld en grote verschillen tussen organisaties



Wanneer zijn mensen vooral 'positief'?

(1) Benchmark V&V : intramurale zorg (CQ-meting)
- prettige bejegening door medewerkers
- smakelijke maaltijden
- beschikbaarheid en kwaliteit van personeel

(2) Zorgkaart.nl : kernpunten afgeleid uit verhalen van mensen
- betrokken medewerkers en vrijwilligers, met persoonlijke aandacht
- gemaakte afspraken nakomen (en voldoende tijd hebben om dat te doen)
- samenwerking tussen zorgverleners
- een levendige locatie, met voldoende activiteiten

Oordelen van medewerkers

De ouderenzorg heeft een 'medewerkersmonitor' waaruit naar voren komt hoe de beroepskrachten hun werk zien. Uitgedrukt in een rapportcijfer (van 1 tot 10) is de ervaring met het werk gemiddeld '7,5'. Over de recente jaren is dat cijfer nagenoeg hetzelfde gebleven. Tevredenheid met het werk is het grootst bij zaken die met de directe zorg te maken hebben: overleg met de cliënten, de inhoud van zorg. Het minst (cijfer 6) zijn medewerkers te spreken over voortdurende veranderingen in de organisatie. De ervaren werkdruk (cijfer 7) is een onderwerp dat de medewerkerstevredenheid een beetje naar beneden drukt.

Medewerkers oordelen:
breed middenveld en grote verschillen tussen organisaties

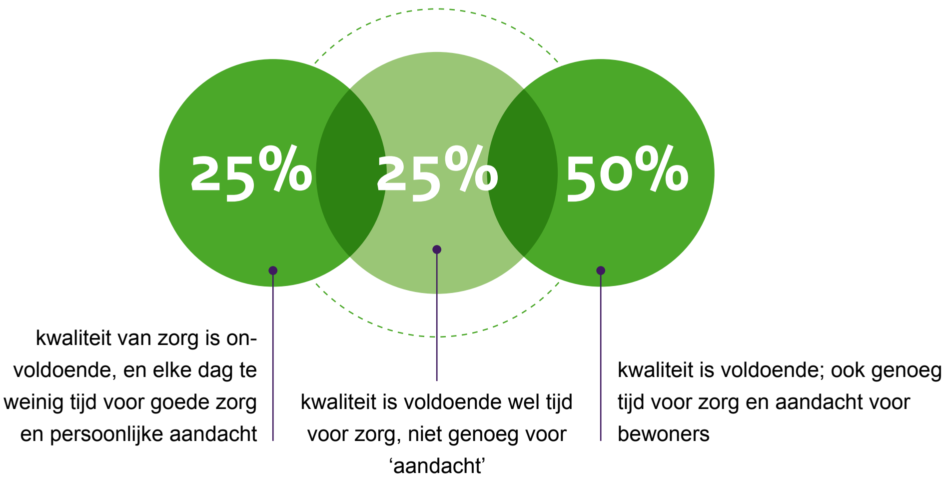


Wanneer zijn medewerkers vooral 'positief'
(benchmark VVT)
- samenspraak met cliënten (ruimte ervoor)
- zelfstandigheid in het werk (in teamverband)
- goed leiderschap in de organisatie (ook 'de top')
- geen voortdurende reorganisaties (efficiency-slagen)

Een verkenning die V&VN liet uitvoeren, geeft extra inzicht in de *kwaliteit van zorg* die volgens medewerkers wordt bereikt. Deze verkenning is toegespitst op de verpleeghuiszorg.[9]

- Van de geraadpleegde verzorgenden en verpleegkundigen vindt 28% de kwaliteit van zorg in de eigen woonlocatie onvoldoende; 72% vindt die kwaliteit bevredigend of goed.
- Een ander aandachtspunt in de enquête was 'tijd voor bewoners'. 35% van de medewerkers stelt dat men in de dagelijkse zorg onvoldoende tijd heeft om cliënten de zorg te bieden die ze nodig hebben; 65% signaleert dit knelpunt minder nadrukkelijk.
- Ook is gevraagd naar 'persoonlijke aandacht'. Volgens 49% komt het vrijwel iedere dag voor dat men bewoners te weinig persoonlijke aandacht kan geven; 51% meent dat het wel lukt.
- Breed gedeeld is het inzicht dat er krapte is in personele bezetting (weinig mensen voor het vele werk); en dat de werkdruk ook extra risico's op fouten met zich meebrengt.

Medewerkers over kwaliteit van verpleeghuiszorg
(oordelen van verzorgenden en verpleegkundigen)



[9] Verkenning door 'EenVandaag' onder 1100 leden van de beroepsvereniging V&VN; in februari 2015.

Externe beoordelingen (IGZ)

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de kwaliteit van zorg vooral beoordeeld aan de hand van (a) deskundigheid van medewerkers, (b) goed uitgewerkte zorgplannen voor elke cliënt (met daarin ook de gezondheidsrisico's van de persoon), (c) werken volgens voorschriften over veilige zorg. Inmiddels is de IGZ tevens extra nadruk gaan leggen op de besturing van de organisatie: zijn de bestuurders actief bezig met kwaliteit, hebben ze zicht op wat goed gaat en wat niet, hebben ze het vermogen consistent bij te sturen?

Vorig jaar gaf de IGZ een breed overzicht van de kwaliteit van de intramurale ouderenzorg.[10]
Een belangrijk aandachtspunt was: de beschikbaarheid en de deskundigheid van personeel. Zijn die voldoende afgestemd op de zorgbehoefte van de bewoners?
De inzichten uit de verkenning zijn als volgt samen te vatten:

- Met de motivatie en betrokkenheid van medewerkers zit het wel goed, ze vinden hun werk leuk en zinvol. Ze signaleren tevens dat ze vaak weinig tijd hebben om persoonlijke aandacht aan de cliënten te besteden.
- De zorgbehoefte van bewoners wordt steeds meer complex, en de deskundigheid van het personeel groeit onvoldoende mee. Vaak is de (bij)scholing te vrijblijvend.
- Bij de bezochte instellingen (n= 252) is nader belicht of er voldoende en deskundig personeel is. Bij 17% was dat was dat helemaal het geval, bij 48% grotendeels maar niet helemaal, en bij 35% was dat duidelijk niet het geval. Een zeer gemengd beeld dus.[11]
- Het rapport stelt verder: 'De inspectie heeft niet geconstateerd dat er in een groot deel van de verpleeg- en verzorgingshuizen grote risico's zijn als het gaat om kwaliteit en veiligheid van de zorg. Bij een kleine minderheid van de instellingen waar dit wel het geval was, is de situatie na handhavend optreden van de IGZ verbeterd.'

Vanuit deze analyse ontstaat een beeld van koplopers, peloton, achterblijvers.
Globaal bezien:



[10] IGZ-rapport 'Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam', 2014. Tijdens de periode van het onderzoek bezocht de IGZ alle 450 zorgconcerns voor intramurale ouderenzorg, met alles bijeen zo'n 2.000 locaties. In totaal legde de inspectie bijna 1.100 bezoeken af.

[11] Merkwaardig is hoe deze inzichten zijn geland in het publieke beeld. Berichtgeving in landelijke media was negatief gekleurd; in lijn met de toonzetting van het IGZ-persbericht (12-06-2014). Het stelde dat 'bij meer dan de helft van de zorgconcerns de kennis, vaardigheden en beschikbaarheid van medewerkers niet zijn afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënten.'

Opmerkelijk hierbij zijn drie zaken:

(1) Tussen de drie groepen zit beweging, bijvoorbeeld een deel van de achterblijvers slaagt erin om – veelal in korte tijd – weer bij het peloton aan te haken.
(2) Over de gehele linie van de ouderenzorg – mede door het brede peloton - valt nog het nodige te verbeteren (en dat is de kernboodschap van de IGZ).
(3) Zorginstellingen ontwikkelen allerlei beleid voor de kwaliteit van zorg, maar de geduldige vertaling naar de praktijk gaat veelal erg stroef.

2.5 Terugblik

In deze paragraaf stonden we stil bij de huidige situatie: de ouderenzorg in woonvormen voor 24-uurs zorg, en de kwaliteit ervan. Herhaalde verkenningen bij cliënten of hun directe vertegenwoordigers laten een overwegend positieve waardering zien voor deze zorg in een beschermende woonomgeving. Maar die gaat gepaard met onvrede over de beschikbaarheid van personeel; er is een breed ervaren ‘krapte’. Verdiepend onderzoek laat zien dat de positieve waardering overwegend is verbonden aan: de inzet van de zorgverleners, de gastvrijheid en levendigheid van de locatie, de maaltijden.

Medewerkers geven voor hun werk en werksetting een rapportcijfer ‘7,5’; hun werkplezier ontlenen ze vooral aan directe betrokkenheid bij cliënten; daarnaast aan prettige samenwerking in teams. Hinderlijk vinden ze de herhaalde reorganisaties die de top van de zorginstellingen bedenkt vanuit ‘efficiency’. Over de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen bestaat een gemengd beeld; drie tiende van de verzorgenden en verpleegkundigen vindt die ondermaats; zeven tiende vindt dat die kwaliteit bevredigend tot goed is.

Verkenningen van de IGZ benadrukken het elan in de zorglocaties (betrokken medewerkers); en wijzen tegelijk op tekorten in het personeelsbestand. Bij omstreeks drie tiende van de locaties zijn beschikbaarheid en deskundigheid van medewerkers onvoldoende afgestemd op cliënten. Naast achterblijvers zijn er koplopers en is er een breed peloton. De sector is heel divers. Het is niet alom 'kommer en kwel' (zeker niet), maar is er wel een fors knelpunt als drie tiende van de locaties achterblijft.[12]

De intramurale ouderenzorg heeft tegenwoordig overwegend het karakter van 'verpleeghuiszorg'. NEE, daar is het geen kommer en kwel; over het geheel bezien. Zeker niet. Wel is er een probleem, als bij drie tiende van de organisaties een zwakke kwaliteit bestaat. Achtergronden ervan zijn divers. In ieder geval lijken de volgende zaken een rol te spelen:

- geen aansprekende visie op 'goede zorg', en geen cultuur van elkaar aanspreken op het beste resultaat voor cliënten;
- geen uitgebalanceerde mix van competenties (in het brede spectrum van gastvrouw, via helpende en verzorgende, tot verpleegkundige);
- weinig appel op blijvende betrokkenheid van familie, en samenspel van beroepskrachten met nabije familieleden;
- bestuurders die 'te ver afstaan van de werkvloer' en zich vooral richten op de geslaagde bedrijfsvoering (met maatregelen die eenzijdig vanuit 'efficiency' zijn ingegeven).

[12] Grote instellingen presteren niet zwakker dan kleine instellingen. Wel zijn er regionale verschillen; in de Randstad is de gemeten kwaliteit van zorg gemiddeld wat lager dan elders, maar ook hier is de verscheidenheid tussen organisaties aanzienlijk.
Bureau SiRM heeft voor verpleeg- en verzorgingshuizen een overzicht gemaakt van de kwaliteit van zorg op basis van gegevens die instellingen in recente jaren moesten leveren: (a) cliëntwaarderingsonderzoek, (b) zorginhoudelijke indicatoren. Het vermoeden was dat grote instellingen er zwakker zouden voorstaan dan kleine. Dat vermoeden bleek niet te kloppen. Er is weinig verschil gevonden tussen grotere en kleinere organisaties. Er zijn wel duidelijke regionale verschillen: in de Randstad – waar het personeelsbestand iets anders in elkaar zit, en waar de directe zorg iets minder ruimte heeft door relatief hoge huisvestingslasten – blijft de gemeten kwaliteit wat achter bij het landelijk gemiddelde.

Vernieuwende richting: ‘Zoveel thuis als mogelijk’
tekst gebaseerd op: VOLKSKRANT / Marcel van den Bergh / januari 2015
hieronder een verkorte versie

Het is tien over zeven uur ‘s ochtends. Buiten is het nog donker, binnen komen de 40 bewoners van verpleeghuis Stadskwartier in Rijssen langzaam tot leven. Op de gesloten afdeling ‘t Schild delen acht dementerende bewoners een huiskamer en een keuken.
‘Zoveel thuis als mogelijk’, is de slogan waarmee organisatie Zorgaccent enkele jaren geleden het roer om gooide. Verzorgenden en verpleegkundigen zijn zelf verantwoordelijk voor het runnen van hun afdeling. Het zelfsturende team beheert de zak geld en beslist samen hoeveel personeel ze op welk moment inzetten, welke inkopen er worden gedaan en hoe ze omgaan met cliënten met moeilijk gedrag. De leidende vragen zijn steeds: wat is voor de bewoner het prettigst?
‘Zullen we je zo gaan aankleden?’, vraagt verzorgende Eefje Stokvis aan mevrouw Kok. ‘Ja’, klinkt het onverwacht vastbesloten. Even later in de badkamer verwisselt Stokvis de luier van mevrouw Kok. Met een doekje wast ze haar onderlijf. Mevrouw Kok knijpt de ogen dicht van tegenzin, haar handen klemmen de beugels naast het toilet angstvallig vast. Ze is een van de cliënten die niet elke dag onder de douche gaan. Niet omdat Stokvis geen tijd heeft. Maar omdat mevrouw Kok het vreselijk vindt om naakt te zijn en nat te worden. Gisteravond is ze in bad geweest.

Woonzorgcentrum Stadskwartier werd twee jaar geleden gebouwd. In de gang staan kraampjes en houten kasten met lappen stof, stukken fruit en nostalgische Droste-blikken. Foto’s in sepiatinten tonen de kerk en het straatbeeld van Rijssen in de jaren vijftig. In de hoek is de donkergroene houten gevel nagebouwd van de kiosk die vroeger in het dorp zat. Het is niet zomaar opsmuk. Daar loopt mevrouw Kok voorbij, een lap stof in de hand. Twintig meter verder legt ze die weer neer. Even later wandelt mevrouw Poortman (82) luid knarsetandend door de gang, haar ijzig boze blik op oneindig, zich onbewust van de wereld om haar heen. Ze houdt even halt bij een kraampje en frummelt wat aan het fruit. De dolers onder de dementerenden moeten zintuiglijk worden geprikkeld, legt Eefje Stokvis uit. ‘Als er niets te voelen of te zien valt, blijven ze maar doorlopen. Daarom zorgen we dat mensen in de gang herinneringen tegenkomen van vroeger.’ (..) De gezamenlijke huiskamer is deels aangekleed met spullen die de dementerenden hebben meegenomen uit hun oude huis.
‘Het gaat erom dat bewoners spullen herkennen’, zegt Stokvis. Bij de wastafels daarom geen zeeppompjes, maar blokken handzeep.
Het belangrijkste verschil met de traditionele verpleeghuiszorg zit in de aandacht voor bewoners.
In het Niemand wordt op een vaste tijd ‘s ochtends uit bed getrommeld. Er is geen strak schema van eet- of wastijden. Wie liever ‘s avonds doucht dan ‘s ochtends, krijgt dan hulp. Daardoor is het werk leuker. De verzorgenden: ‘We besteden nu meer tijd aan cliënten dan vroeger, zonder dat je een hoge werkdruk ervaart.’ In het Stadskwartier worden de maaltijden niet opgeleverd in voorgekookte magnetronbakjes. Elke groep kookt zelf. Vanavond maakt Stokvis lasagne.

Een dame met grijs opgestoken haar van een andere afdeling komt met haar rollator de keuken binnenlopen. Ze kijkt verward om zich heen. ‘Goedemiddag mevrouw’, zegt Stokvis vrolijk.
‘Volgens mij bent u een beetje de kluts kwijt, of niet?’ De dame, aarzelend: ‘De kluts, die moet ik hebben ja.’ Even later is ze weer verdwenen.
Soms zijn er familieleden die helpen met koken of die bewoners meenemen naar buiten.
‘We verplichten niemand om te mantelzorgen’, zegt Stokvis. ‘De truc is dat je het zo gezellig maakt, dat mensen het leuk vinden om te komen.’ Het werkt.
De familie blijft ook betrokken doordat zij vanuit huis via een beveiligde verbinding kunnen meelezen met de overdrachtsverslagen die de woonbegeleiders schrijven. Had vader of moeder een slechte dag of een agressieve bui, dan staat dat er ook. Dat was in het begin best spannend voor het personeel. Maar in de praktijk versterkt het wederzijds begrip erdoor, zegt Stokvis.
Twee grote schalen lasagne komen op tafel. Dina Janssen houdt niet van Italiaans, ze krijgt spinazie met aardappels en een slavink, die ze met blote handen te lijf gaat. Stokvis en haar collega helpen de bewoners die zelf niet meer kunnen eten, en nemen tussendoor een hap van hun eigen bord.

3 Wat is 'goede zorg': vier invalshoeken

3.1 Wet langdurige zorg

Begin 2015 is de 'Wlz' ingevoerd (wet langdurige zorg) voor alle 24uurszorg met verblijf. Dit wettelijk kader geeft opdrachten aan zorgaanbieders:

- de zorg moet ondersteunend zijn aan de kwaliteit van leven die de cliënt nastreeft,
- de cliënt krijgt een persoonlijke arrangement dat is afgestemd op eigen behoeften,
- met elke persoon wordt een zorgplan gemaakt met daarin afspraken over de hulp,
- ook wordt de betrokkenheid van familieleden bevorderd (afspraken over informele hulp),
- de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg & ondersteuning,
- die kwaliteit komt vooral tot stand in de relatie tussen cliënt en (vertrouwde) zorgverleners.

Deze accenten in het wettelijk kader komen overeen met een beweging die al gaande is in de zorgpraktijk. Actief werken veel instellingen aan zorg die meer is gericht op de 'kwaliteit van leven' van de persoon, die meer regie geeft aan de persoon, en die meer in dialoog met de bewoner is ingevuld. Toch valt er nog het nodige te doen. In deze paragraaf verkennen we *in welke richting* de intramurale ouderenzorg moet gaan. Hierover bestaan uiteenlopende inzichten, vanuit diverse invalshoeken. Een korte weergave ervan is zinvol als aanloop naar een perspectief op 'goede zorg'. Hieronder komen 4 invalshoeken aan de orde; ze staan in onderstaand schema.

	Wat doen	Wat bereiken
Mensen met veel beperkingen die een prettig leven hebben	**Persoonsgerichte zorg**	**Welbevinden:werken aan leefplezier**
Mensen met broze gezondheid die in palliatieve fase verkeren	**Veilige zorg: gezondheidsbescherming**	**Comfort: omgaan met achteruitgang**

3.2 Persoonsgerichte zorg

Een eerste invalshoek legt de nadruk op ‘persoonsgerichte zorg’ voor mensen met beperkingen, in samenhang met betrokken en deskundige medewerkers; daarnaast gedegen kennis over ‘wat goede zorg is’ (inhoudelijke leidraad, werkwijzen die mensen helpen, effectieve interventies). Het Zorginstituut heeft deze benadering uitgewerkt in een visiedocument op de langdurige zorg.[13]

- betrokken en deskundige medewerkers
- de juiste mix van medewerkers (vakkennis)
- kennisontwikkeling (doelgroep, interventies)
- goed bestuur in de zorginstelling

→ **Persoonsgerichte zorg**

Persoonsgerichte zorg betekent dat de zorg aansluit op wensen en voorkeuren van de bewoner, dat zorgverleners het unieke karakter van elke cliënt onderkennen, en dat ze hun best doen om een ondersteunende omgeving te bieden die tegemoet komt aan psychologische behoeften. Onder meer: de persoon kennen, nabij zijn, samen plezier maken, troosten als dat nodig is.[14]

Deze invulling van persoonsgerichte zorg is sterk verwant aan de ‘presentie’-benadering.[15] Daar staan centraal: aansluiten op het leven van de persoon, de eigen leefwijze respecteren, doen wat de ander passend vindt, doen wat hem werkelijk helpt.
Uit onderzoek is bekend, dat het in de praktijk van zorgverlening al vaak gebeurt; tegelijk is er een gemengd beeld. Onderzoek bij woonvormen voor mensen met dementie signaleert het volgende:

(1) familieleden waarderen de persoonlijke aandacht positief (medewerkers kennen de persoon, bejegenen die met respect, hebben tijd voor een praatje, stellen hem gerust als hij van streek is),

(2) familieleden vinden net als de verzorgenden zelf dat er te weinig tijd is voor gezamenlijke activiteit met bewoners (voldoen aan de behoefte van bewoners rond ‘erbij horen’).

---

13 Zorginstituut Nederland, Samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren, 2015

14 Zie: ‘Monitor woonvormen dementie’, Trimbos Instituut 2015. Op p.52 staan vijf aandachtspunten:
- comfort bieden = voorzien in warmte en nabijheid door anderen; troosten, kalmeren, etc,
- identiteit geven = de ander kennen, helpen bij ‘weten wie je bent’, niet kinderlijk benaderen,
- gehechtheid = belang van ‘hechting aan anderen’, samenspel met nabije familie bevorderen,
- betrokken en bezig zijn (de persoon is betrokken bij activiteiten die voor hem betekenisvol zijn; eigen vaardigheden worden nog aangesproken; verveling en apathie tegengaan,
- erbij horen = de persoon in een woonvorm heeft het gevoel dat hij erbij hoort, dat hij thuis is; er is aandacht voor ‘samen plezier maken’.

15 Prof dr Andries Baart, ‘Presentie en zich thuis voelen in de verpleeghuiszorg’ (UvH, mei 2014).

Persoonsgerichte zorg staat niet 'op zichzelf' maar is verbonden met andere ontwikkelingen.[16]

(1) Een aansprekende visie op dementiezorg die leeft op de werkvloer. Elementen ervan zijn: een huiselijke omgeving, keuzevrijheid, respectvol omgaan met bewoners, persoonlijke aandacht en inspelen op individuele wensen, meegaan in het dagritme van individuele bewoners, communicatie met de familie.
(2) Meer betrokkenheid van nabije familie vanuit inzet op 'partnerschap'. In recente jaren is vooral in de kleinschalige zorg 'meer contact' en 'toename van inzet' ontstaan.
Per bewoner geven nabije familieleden gemiddeld een uur hulp per week per bewoner. Tegelijk is de inbreng van vrijwilligers toegenomen naar gemiddeld vijf kwartier per week per bewoner.
(3) Bewoners kunnen meer deelnemen aan activiteiten die hen plezier geven. Denk aan meedoen bij koken en huishoudelijke taken, dagelijks leven in de huiskamer.
Een aantal activiteiten gaat samen met positief welbevinden: een praatje maken, samen eten en drinken, creatief bezig zijn, terugkijken op vroeger. Op dit vlak is ruimte voor verbetering (bewoners zijn in veel locaties aanzienlijke delen van de dag in een staat van 'knikkebollen, slapen, soezen'.)
(4) Er is een afname van vrijheidsbeperkende maatregelen. Denk hierbij met name aan de afbouw van het gebruik van bedhekken, onrustbanden, verpleegdekens. Terzijde: tussen woonvormen bestaat nog steeds grote variatie in vrijheidsbeperking: gelet op het aantal maatregelen is de variatie tussen 0 tot 0,8 maatregel per bewoner.

Met dit alles is de stemming van bewoners ('gemoedstoestand') erop vooruit gegaan.
Ook is er minder rusteloos gedrag te zien, mede doordat bewoners meer om handen hebben tijdens de dag. Persoonsgerichte zorg gaat bovendien gepaard met 'minder probleemgedrag'.

3.3 Veilige zorg: gezondheidsbescherming

Voor mensen met een stapeling van gezondheidsproblemen is 'veilige zorg' extra belangrijk; dat is het vertrekpunt van de tweede invalshoek.
In de afgelopen 5 tot 10 jaren hebben beroepsgroepen en de IGZ hiertoe vele impulsen gegeven. Veelal met richtlijnen en protocollen voor aandachtsgebieden die welzijn van mensen sterk kunnen beïnvloeden: bijvoorbeeld decubitus, ondervoeding, valpreventie, of depressiviteit. Daarnaast het terugdringen van vrijheidsbeperking.
Die impulsen waren nodig, zo maakt de IGZ duidelijk; en in de ouderenzorg is zo een grote verbetering bereikt.

[16] Trimbos Instituut, Monitor woonvormen dementie, 2015. De monitor berust op een verkenning bij 54 voorzieningen voor mensen met dementie, vooral kleinschalige zorg (in aparte woonunits of grotere gebouwen). Bewoners hebben overwegend ZZP-5 (72%) en ZZP7 (22%); er is uitgebreide hulp nodig.

Vanuit experimenten met ‘regelarme zorg’ is duidelijk gemaakt, hoe gaandeweg een uitdijend bouwwerk van richtlijnen en protocollen is ontstaan. Alle onderdelen hebben een goede reden, maar de stapeling – met eraan gekoppelde registraties – leidt tot een onwerkbaar geheel. Er is een verschuiving ontstaan in twee richtingen:

- de invoering van een beknopte integrale risicosignalering, in plaats van een veelheid van gedetailleerde protocollen;
- de toespitsing op zaken die ‘echt ertoe doen’ (bijvoorbeeld handhygiëne, of werken met een toedienlijst bij geneesmiddelenzorg).

Deze beweging naar ‘eenvoud’ kan enorm helpen bij de dagelijkse focus op veilige zorg in teams.

Daarnaast is een andere ontwikkeling gaande, die tot een nieuwe invulling van veilige zorg leidt. Vanuit de ouderengeneeskunde is hierover het volgende naar voren gebracht.

- Werken aan veiligheid moet berusten op een cultuur van openheid; met elkaar doornemen welke risico’s bestaan; en leren van dingen die mis gaan.
- Integraal veiligheidsmanagement staat nog weinig op de agenda van bestuurders (= veilige zorg voor cliënten, veilig werk door medewerkers, en een veilig gebouw).
- Medewerkers registreren wel allerlei incidenten, en de instelling heeft een commissie (MIC) die ernaar kijkt, maar deze werkwijze gaat niet gepaard met ‘een lerende organisatie’.
- Het is niet wenselijk in de ouderenzorg een uitgebreid veiligheidsmanagementsysteem op te bouwen, zoals in de ziekenhuizen is gedaan. Omdat deze zorg is gericht op kwaliteit van leven moet er een verschuiving komen van ‘risicobeheersing’ naar individuele ‘risicoafweging’.
- Een cultuur van ‘veilige zorg’ berust niet op een veelheid van richtlijnen en protocollen, maar op een individuele afweging per cliënt. De zorg zoekt naar een balans tussen ‘wat veilig is’ en ‘wat de persoon leefplezier geeft’. Gezondheidsbescherming is afgestemd op eigen keuzes van cliënten. Bestuurders moeten deze beweging bevorderen.

- ✓ medewerkers zijn alert op gezondheidsrisico’s
- ✓ bestuur met oog voor veiligheids-management
- ✓ een open cultuur in teams (leren van fouten)
- ✓ persoonlijke afweging ‘veilig’ vs ‘leefplezier’

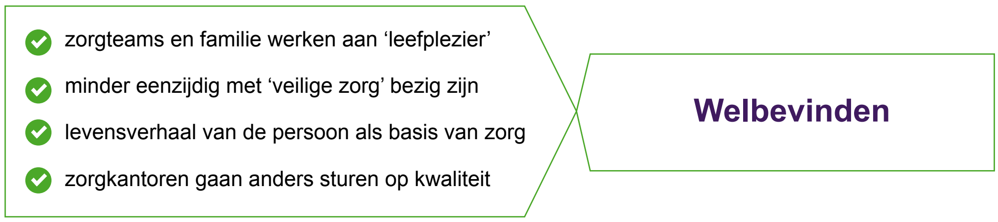
Veilige zorg:
gezondheidsbescherming

[17] Dr. Corry Ketelaars, docent/onderzoeker, prof. Jan Hamers, prof. Jos Schols, ‘Je werkt hier veilig of je werkt hier niet: Geldt ook voor verpleeghuizen’, TvO december 2014. Hierin ook: in de langdurige zorg bestaat geen traditie van ‘optuigen van een veiligheidsmanagementsysteem’ en dat heeft goede redenen zoals het probleem van werkdruk, onzekerheid over achtergronden van de risico’s (gemeten ondervoeding kan duiden op nalatigheid in de zorg, maar kan evenzeer een bewuste keuze van de persoon zijn aan het einde van een leven).

3.4 Ruimte voor welbevinden

Kwaliteit van zorg ontstaat in de relatie tussen cliënt en medewerkers. Dat is het vertrekpunt van de derde invalshoek. Erop aansluitend is de vraag *wat de opdracht is voor de ouderenzorg*. ActiZ heeft die vraag beantwoord in het visiedocument ‘Ruimte scheppen voor welbevinden’ (2015). De leidende gedachten zijn als volgt:

- De intramurale ouderenzorg in Nederland staat vanuit internationaal perspectief als ‘goed’ bekend; overwegend voldoet de 24-uurs zorg aan eisen ten aanzien van passende verzorging, aandacht voor gezondheid, pijnbestrijding, letten op decubitus, ondervoeding. De uitdaging voor komende jaren ligt daarom niet in meer regelen en registreren rond veilige zorg, maar in een sterke focus op het welbevinden van de bewoner.
- De 24-uurs zorg voor ouderen is gericht op zeer kwetsbare mensen. Ze hebben vaak meerdere chronische ziekten; ze hebben veel beperkingen. Uiteraard moet de zorg erop zijn afgestemd, maar er staat meer te doen. Met beheersen van narigheid is nog geen welbevinden bereikt. Uitgangspunt voor de zorg moet zijn: wat is voor de persoon belangrijk in het leven, wat zijn de eigen wensen en verlangens, hoe kan iemand zichzelf blijven, wat geeft hem/haar plezier.
- Vanuit deze optiek is het levensverhaal van de bewoner het startpunt van dagelijkse zorg en ondersteuning. De persoon heeft invloed op de besteding van het zorgbudget; bijvoorbeeld welke dagactiviteit op welke plek.
- Tegelijk borgen zorgorganisaties de basiszaken: een schoon en verzorgd lichaam, veilige geneesmiddelenzorg, hygiëne in locaties, smakelijke maaltijden. Gezondheidsrisico’s zijn in beeld maar er is een verschuiving van risicobeheersing naar persoonlijke *risicoafweging*.
- De bewoner kan erop rekenen dat medewerkers vakbekwaam en zorgzaam zijn. En die medewerkers zijn toegerust op ‘werkelijk luisteren naar de cliënt. Ze komen tot gericht samenspel met de nabije familie die bijdraagt aan het welzijn van bewoners.



Deze schets is sterk verwant aan een pleidooi uit de ouderengeneeskunde[18]

- kwaliteit moet minder eenzijdig leunen op 'narigheid verminderen' en 'veiligheid op peil';
- veel meer gericht zijn op 'positief welbevinden' (dingen doen je fijn vindt, erbij horen, een prettige leefomgeving, ruimte voor eigen keuzes);
- zorgteams en woonlocaties voor 24-uurs zorg moeten daarom voortdurend nagaan
  (1) welke problemen zijn er bij zelfredzaamheid?
  (2) wat zijn de eigen behoeften van de persoon ('hoe de benodigde zorg bij mij past')?
  (3) ervaren welbevinden (wat is voor mij belangrijk in het leven, ben ik ermee tevreden)?[19]

3.5 Comfort bieden in de laatste jaren

De samenleving heeft hoge verwachtingen van de laatste jaren van het leven; ook veel visies op verpleeghuiszorg zijn ermee geladen. Het gaat over voortzetten van het gewone leven, behoud van vitaliteit, participatie en welbevinden. De rauwe realiteit van het leven op zeer hoge leeftijd wordt onvoldoende onderkend; en dat kleurt ook het beeld over verpleeghuiszorg in de pers en de politiek. Dit is het vertrekpunt in de vierde invalshoek.[20]

- Verpleeghuiszorg is in de afgelopen periode opgeschoven naar een vorm van palliatieve zorg die deze naam niet mag hebben. Aanbieders schetsen de fictie van een voorziening waar de bewoners zich thuis voelen, nog volop kunnen meedoen, en van betekenis zijn voor anderen. Dat beeld leidt tot verwachtingen die in de praktijk niet haalbaar zijn.
- Toch kan het leven in een woonvorm voor 24-uurs zorg waardevol zijn voor de persoon zelf en de naaste familie. Dan moeten we *niet* de nadruk leggen – zoals nu – op overtrokken regels voor veilige zorg en verbetering van gezondheid (lopen gaat steeds moeilijker, continentie is niet haalbaar, veel mensen verliezen gewicht). De meeste winst valt te behalen in 'de zachte kant van kwaliteit', de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers.

---

[18] Prof. dr. Joris Slaets, 'visie over zorg' (Leyden Academy, mei 2015). Ook: interview met prof. dr. Joris Slaets 'Kwaliteit meten? Minder tellen en meer vertellen!'

[19] 'Groninger Well-being Indicator, het meten van welbevinden: plezier in het leven' 2013. Dit instrument bevat 8 gebieden: 1) genieten van eten en drinken; 2) lekker slapen en rusten; 3) plezierige relaties en contact; 4) actief zijn; 5) jezelf redden; 6) jezelf zijn; 7) je gezond voelen van lichaam en geest; 8) plezierig wonen. Bij de meting van welbevinden staat voorop: (1) Wat vindt u belangrijk? (keuze uit acht gebieden); en vervolgens (2) Bent u hiermee tevreden? - ja, ik ben tevreden; - nee, het kan beter. Het instrument is ontwikkeld voor alle kwetsbare ouderen in een regio (niet specifiek voor intramurale ouderenzorg).

[20] 'De échte problemen van de langdurige zorg', Medisch Contact nr.8 19 februari 2015, pp 334-337. Op basis van gesprekken met onder meer prof. Cees Hertogh, prof. Wilco Achterberg (auteur Lieke de Kwant). Hierin: 'Nee, het is geen kommer en kwel in Nederlandse verpleeghuizen. Dat beeld ontstaat doordat publiek, pers, politiek niet (willen) weten hoe het laatste stukje van een mensenleven eruit kan zien.' Mensen zijn geschokt over een filmpje van iemand met ernstige dementie die met een tillift uit bed moet en overal hulp bij nodig heeft. Dat leven wordt als ontluisterend gezien; in verhalen over verpleeghuiszorg is vervolgens de woonlocatie – waar ook wel eens wat mis gaat – de boodschapper van het slechte nieuws.

- Verzorgenden moeten uiteraard hun vak verstaan als het gaat om verpleeg- en verzorgingsvaardigheden. Maar als je bijvoorbeeld voor mensen met dementie de vraag stelt welke ondersteuning zij nodig hebben, dan ligt de nadruk op bejegening, en op psychosociale ondersteuning.
- Vanuit internationaal perspectief gaat het goed met de verpleeghuiszorg in Nederland. Mensen zien er overdag verzorgd uit, vrijheidsbeperking is sterk afgenomen, mantelzorgers zijn betrokken. Dit is bereikt doordat de zorg berust op samenspel van verzorgenden en behandelaars; de aanwezigheid van een behandelteam. En doordat de zorg is gericht op comfort, behoud van functies (zo mogelijk), een waardig sterfbed. Hierin zit de kern van kwaliteit van zorg.
- Voor de visie op verpleeghuiszorg is het noodzakelijk dat ‘we de laatste levensfase uit de schaduw halen’; daarover een reëel beeld schetsen. Rapporten van de IGZ moeten we met een korrel zout nemen; die berusten op gedetailleerde normen vanuit een medisch model (bijvoorbeeld wat je allemaal nog kunt doen als iemand zijn plas niet meer kan ophouden). Dat model heeft te weinig verbinding met de patiënten die op hoge leeftijd nog één of enkele jaren in een verpleeghuis verblijven. Meegaan met iemands achteruitgang in functioneren kan beter zijn dan voortdurend ‘aan mensen trekken’. Kortom: richt de zorg op comfort.

- zorg is gericht op ‘omgaan met achteruitgang’
- 24-uurs zorg voor ouderen is ook palliatieve zorg
- kwaliteit ontstaat door zorgzame medewerkers
- persoonlijke afweging over ‘kwaliteit van leven’

Comfort in laatste jaren

3.6 Terugblik

In deze paragraaf stond voorop: wat we verstaan onder ‘goede zorg’. In beleid en werkveld zijn er duidelijke verschillen in accenten. Vanuit vier invalshoeken is een overzicht aangereikt; de manier van kijken naar ouderenzorg is divers.

- Soms ligt de nadruk op ‘mensen met eigen regie die zelf hun leven inrichten’; elders ligt het accent op ‘mensen met een slechte gezondheid, die zeer afhankelijk zijn’ (en die vaak weinig zelfregie hebben).
- Vaak wordt benadrukt dat zorg is gericht op kwaliteit van leven. Elders is het gezichtspunt iets soberder gesteld: de zorg moet bijdragen aan bevredigend omgaan met het kwetsbare leven in de laatste jaren (ook: goed omgaan met verlies van fysieke en mentale gezondheid; ofwel omgaan met het tragische van de hoge leeftijd).
- In veel visies gaat het om een woonvoorziening die wordt ervaren ‘als thuis’. Zonder die ambitie tegen te spreken, signaleren bewoners dat ze elkaar niet hebben uitgezocht en dat er naast steun voor elkaar ook gespannen relaties zijn; naast gezelligheid ook gekissebis.[21]

[21] Dit is prachtig opgetekend in de verhalen van Tosca NIterink, De vergeetclub, Uitgeverij Podium 2014: de laatste jaren van plezier, ontreddering, droefheid: alles door elkaar.

In alle verscheidenheid van accenten zijn er ook sterk gedeelde inzichten over ‘wat goede zorg vooruit brengt’:
- een aansprekende visie, met een verschuiving naar persoonsgerichte zorg,
- een sterker accent op ‘kwaliteit per persoon’ (in plaats van algemene kwaliteitskaders),
- vaste en vertrouwde medewerkers rond de cliënt, in goed samenspel met nabije familie,
- passende verzorging combineren met psychosociale ondersteuning en prettige bezigheid,
- de noodzaak van veilige zorg maar zonder uitgebreide richtlijnen, protocollen, registraties,
- meer vertrouwen in mensen die hun vak beheersen (en dus: verdere professionalisering),
- naast vaktechnisch gedegen zorg, beter kijken naar welbevinden (wat maakt iemand blij?).

Hierop aansluitend heeft branche-organisatie Actiz geprobeerd om de richting te wijzen voor de ouderenzorg. Het geheel der dingen is kort als volgt samengevat: ‘Cliënten kunnen erop rekenen dat de ‘zorg op orde’ is: woonruimte waar zij zich thuis kunnen voelen en die veilig is, toegang tot gezondheidszorg, veilige medicatiezorg, inzet van vakbekwame medewerkers, aantrekkelijke mogelijkheden tot dagbesteding waarmee de cliënt invulling geeft aan persoonlijke interesses, respect voor iemands identiteit, gezondheidsbescherming, een schoon en verzorgd lichaam, smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes.’
Dit perspectief betekent dat er een wending komt van centrale kwaliteitskaders naar ‘kwaliteit volgens de individuele persoon’.[22]

[22] Zie Joris Slaets: Er komt een breder perspectief op kwaliteit met aandacht voor : een prettige omgeving, goed eten en drinken, geen pijn, opvang van functiebeperkingen, steun en aandacht krijgen, iets betekenen voor anderen (zingeving). Daarmee krijgt de ervaring van de cliënt meer gewicht. Het vereist een ander kwaliteitsbeleid.
De beleidstrend uit de recente jaren was een toename van richtlijnen, kwaliteitsregels en inkoopcriteria. Die brengen de sector niet verder (eerder: ‘een wurggreep’); te weinig wordt de daadwerkelijk beleefde kwaliteit gemeten. Door uit te gaan van het ervaren welbevinden maken we de zorg pas écht beter – zo is de stellingname in dit perspectief.

4 Perspectief op ouderenzorg

4.1 Afwegingen maken

Vanuit de invalshoeken in de vorige paragraaf, komen we tot een perspectief op ouderenzorg in woonvormen voor 24-uurs zorg. De vier invalshoeken zijn samen te vatten in twee hoofdstromen.
Een eerste hoofdstroom vertrekt vanuit *'zorgbehoeften'*:

- Het gaat om mensen met veel beperkingen; voor hen is uitgebreide ondersteuning nodig met individueel maatwerk. De bewoner heeft doorgaans hulp nodig in alle domeinen van 'ADL' zoals wassen, aankleden, wc-bezoek, mobiliteit, voeding; en er is direct nabij toezicht nodig.
- Het gaat om mensen met een stapeling van chronische aandoeningen (dus ernstige ziekten); en deze kwetsbaarheid vereist extra aandacht voor gezondheidsbescherming en veilige zorg.
- Het gaat veelal om mensen met weinig zelfregie (gevolg van bijvoorbeeld dementie of CVA); daarom is extra zorgvuldigheid bij allerlei keuzes nodig, in afstemming met de naaste familie.
- Het gaat ook om mensen in de eindfase van het leven; een verschuiving naar palliatieve zorg betekent dat de zorg is gericht op comfort bieden, zingeving, geen pijn.

Een tweede hoofdstroom benadrukt de *'kansen op welbevinden'*:

- Ondanks uitgebreide beperkingen kunnen mensen eigen regie hebben. Met betrokkenheid van familie en vrijwilligers is de blik gericht op kwaliteit van leven die de persoon voorstaat.
- Ondanks ziekte en beperkingen kunnen mensen levensplezier hebben; in woonvormen voor intramurale zorg moet voorop staan wat de individuele persoon boeiend en belangrijk vindt.
- De overgang naar verblijfszorg is een grote stap, maar er is een aangename leefomgeving die aanvoelt 'als thuis'; de woonvorm biedt geborgenheid, veiligheid, levendigheid, privacy.
- Mensen vormen met elkaar een woongemeenschap waarin plezier mogelijk is; in een goed samenspel van cliënten, familie, vrijwilligers, medewerkers.

De verschillende invalshoeken lijken met elkaar op gespannen voet te staan. Toch zijn ze samen de onmisbare bouwstenen van goede verpleeghuiszorg. *Bovendien: per persoon, en per fase in het leven van een persoon, kunnen de accenten anders liggen.*
In beleidsvisies is dat gemakkelijk gezegd. Erbij hoort een gedegen besef van de ingewikkeldheid van het dagelijks werk in woonvormen voor 24-uurs zorg. Voor medewerkers – verwikkeld in een voortgaand druk werkschema – is het niet eenvoudig een balans te vinden. Dagelijks moet een verzorgende tientallen beslissingen nemen. Bijvoorbeeld of een bewoner vandaag zelf kan eten dan wel extra hulp erbij nodig heeft. Of het verschonen van de ene cliënt eerst gebeurt, dan wel de onverwachte huilbui van een andere cliënt voorrang krijgt. In zorgteams is dat niet anders. Een eenzijdig accent op veilige zorg, gekoppeld aan uitgebreide registraties, kan zoveel inzet vragen dat er te weinig aandacht voor welbevinden

van mensen is. Omgekeerd: grote slordigheden in bijvoorbeeld hygiënisch werken of geneesmiddelenzorg geven risico's op gezondheidsschade van bewoners.

De kunst van afwegingen maken is daarom een vitaal onderdeel van goede zorg. Ook het erover hebben met elkaar (medewerkers, cliënten, naaste familie, vrijwilligers).

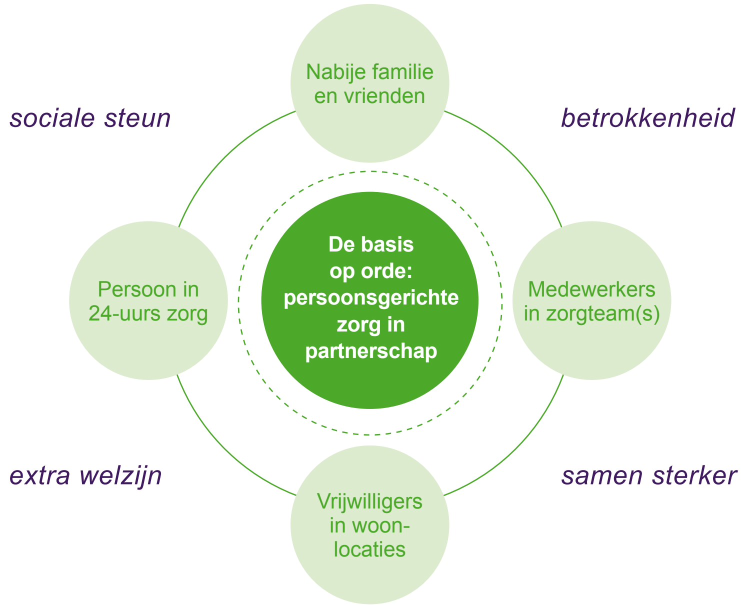
Hiermee zijn de contouren van 'goede verpleeghuiszorg' in beeld gebracht. Hieronder volgt een schematische uitwerking: (a) de basis, (b) de koers naar welbevinden, (c) de vereisten waaraan woonvormen moeten voldoen.

4.2 De basis

In het beleid over de ouderenzorg wordt vaak gesproken over 'de basis op orde'.
Die uitdrukking verwijst doorgaans naar zaken als: het zorgplan is goed ingevuld, gezondheidsrisico's zijn in beeld, mensen werken volgens protocollen (veilige geneesmiddelenzorg, valpreventie, enzovoort). Erop aansluitend is in de toetsing vaak gekeken naar wat er is vastgelegd (= de zorg op papier). Het is aantrekkelijk om op een andere manier te kijken naar 'de basis op orde'. Namelijk vanuit de idee 'wie het moeten doen' (= wie de resultaten voor cliënten moeten waarmaken).

Goede zorg is meer dan 'wat medewerkers moeten doen'. Kwaliteit van ouderenzorg berust op samenspel van beroepskrachten, nabije familie en vrijwilligers. Alleen dan zijn de ambities waar te maken (met aandacht voor gezondheid, passende verzorging, sfeervolle woonomgeving, prettige bezigheid, betekenisvolle contacten – die bijdragen tot welbevinden).
Er is een raakvlak met verwachtingen vanuit de samenleving en politiek. Die zijn hoog. Louter met de personele inzet uit Wlz-middelen zijn de ambities onvoldoende haalbaar. Zonder continue inzet van nabije familieleden en vrijwilligers lukt het niet. Anders gezegd: als de 24-uurs zorg niet kan rekenen op die inzet is – in politiek en samenleving – ofwel aanpassing van verwachtingen nodig, ofwel ophoging van middelen voor directe zorg en ondersteuning.

Schema 1: de basis op orde



Toelichting uitgangspunten voor persoonsgerichte zorg:

- vanuit **CLIENT**:
  1. mijn zelfredzaamheid + beperkingen en de bijzondere gezondheidsrisico's
  2. mijn afspraken over de zorg, en hoe de zorg past bij mijn leven
  3. wat mij levensplezier geeft, en wat bijdraagt aan welbevinden
- vanuit **FAMILIE**:
  1. betrokken blijven (ook feitelijke inzet)
  2. meedenken over keuzes in zorg (wat geeft welbevinden)
  3. acceptatie van fysieke, mentale achteruitgang
- vanuit **ZORGTEAMS** (medewerkers, vrijwilligers):
  1. betrokken en luisterend
  2. vakbekwaam (professionaliteit)
  3. goed samenspel (= cliënt, familie, zorgmedewerkers, vrijwilligers)

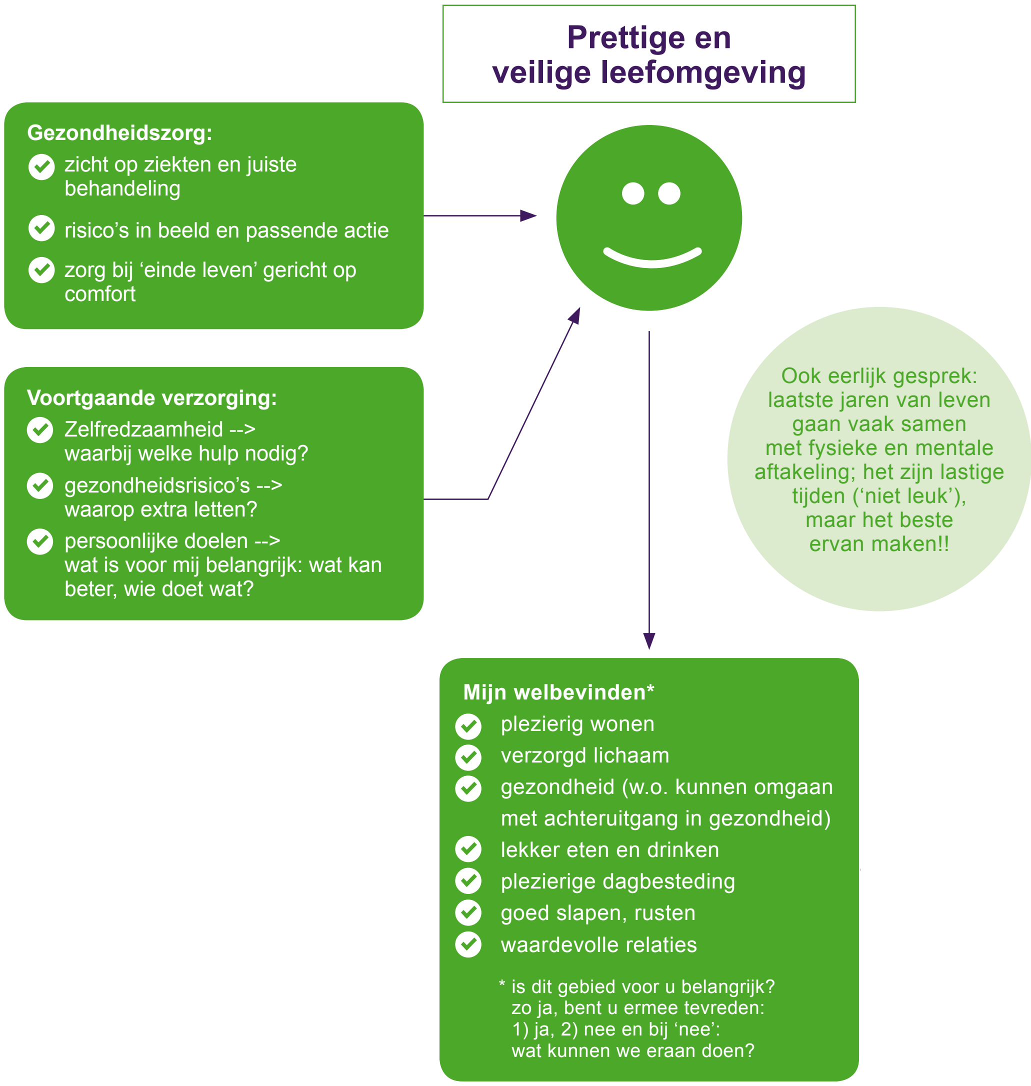
4.3 De richting

Met de invalshoeken rond 'welbevinden' en 'comfort' zijn aansprekende opgaven gesteld voor de zorg aan mensen met een zeer uitgebreide zorgbehoeften en een erg broze gezondheid.

- Geplaatst binnen de Wlz (Wet langdurige zorg) betreft het 24-uurs nabije zorg, doorgaans in een woonvorm, maar het kan ook thuis op basis van de zorgindicatie.
- De cliënt kan rekenen op een samenhangend pakket: ondersteuning, verzorging, verpleging, behandeling, gericht op het welbevinden van de persoon.
- Er is een beschermende woonomgeving die een mix van geborgenheid en levendigheid biedt, waar nabije verwanten of vrienden welkom zijn. Hun inbreng is onmisbaar bij het welbevinden.

- De locatie biedt wooncomfort en veiligheid; er is aandacht voor gezondheidsproblemen, er is passende verzorging, en ook psychosociale ondersteuning. Die zaken gaan samen met (meer) nadruk op leefplezier van de persoon. Woonlocaties zullen 'welbevinden' bevorderen; in het besef dat de verantwoordelijkheid ervoor niet uitsluitend bij de instelling kan liggen.

Schema 2: zorg gericht op welbevinden



Toelichting:

1. Er is zicht op gezondheid en chronische ziekten en eruit volgende behandeling die ‘functiebehoud’ en ‘comfort’ voor de persoon als vertrekpunt neemt.
   Hierbij hoort samenspraak tussen de persoon en de behandelaar. Arts en psycholoog geven daarnaast advies, instructie, voorlichting naar de uitvoerende zorgteams.
   Ook zorg rond het voorziene einde van het leven is onderdeel van gezondheidszorg; zogenoemde ‘advance care planning’ – gericht op dialoog over zorg die welbevinden ten goede komt – is al een gebruikelijke werkwijze in de verpleeghuiszorg.
2. Afgestemd op problemen met zelfredzaamheid (w.o. beperkingen) krijgt de persoon passende verzorging. Eigen voorkeuren wegen mee.
   Het individueel zorgplan – dat sober van opzet kan zijn – heeft drie componenten:
   - mijn zelfredzaamheid: waarbij is welke hulp nodig?
   - gezondheidsrisico’s: waarop moeten ikzelf en de zorgteams extra alert zijn?
   - persoonlijke doelen: wat is belangrijk voor mijn welbevinden (‘leefplezier’)?

   Bij dit alles is er een gedeeld besef – cliënt, familie, medewerkers – dat het leven met fysieke en mentale achteruitgang ook moeilijk kan zijn. Het zal soms ‘niet goed gaan’ met de persoon; dat is de tragiek van veel hoge ouderdom.
3. Zorg is gericht op welbevinden, en dat is per persoon te verhelderen aan de hand van een eenvoudig vragenschema. Het verheldert men voor zeven gebieden: (a) wat voor de persoon belangrijk is, en (b) of hij/zij ermee tevreden is (zo nee: wat staat er te doen).
   De gebieden zijn: plezierig wonen, verzorgd lichaam, gezondheid, lekker eten en drinken, plezierige dagbesteding, goed slapen en rusten, waardevolle relaties. De verkenning zal doorwerken naar het zorgplan. Een voorbeeld: naar een park is voor mij heel belangrijk, dat gebeurt nu niet (en is jammer), afspraak is dat de locatie een vrijwilliger zoekt om mee te gaan.

Een extra uitdaging [23]

Aandacht voor de individuele persoon, dat lijkt wel te lukken volgens nabije familieleden en verzorgenden. Minder goed slagen zorgteams erin te voldoen aan de bewonerswens om ergens bij te horen, door samen met hen activiteiten te ondernemen.

- Verzorgenden vinden dat zij zorg bieden die is afgestemd op het individu; de familie stelt dat er wel persoonlijke interesse is, maar dat de medewerkers geen diepgaande kennis hebben over de achtergrond en geschiedenis van de bewoner.
- Verzorgenden laten zien dat ze elke dag goed kijken naar iemands huidige behoeften (goed observeren). Familieleden waarderen deze beroepshouding; ze wensen tegelijk dat die dagelijkse alertheid samenhangt met inzicht in de geschiedenis van de cliënt. Dan is de zorg het best afgestemd op persoonlijke behoeften en voorkeuren.

[23] zie: Monitor woonvormen dementie, 2015. Daarnaast: Evelyn Finnema, Jacomine de Lange, Rose-Marie Dröes, Miel W Ribbe, Willem van Tilburg, ‘The quality of nursing home care’, Journal of Advanced Nursing, 10/2001; 35(5):728-40. Hierin het belang van goed contact tussen medewerkers en naaste familie. Ook een paradox: de meest positieve oordelen van familieleden gaan over de wijze waarop medewerkers met bewoners omgaan. De laagste scores gaan over communicatie tussen teams en familie. Veel familieleden voelen zich buitenstaanders; er is ruimte voor extra betrokkenheid.

4.4 Vereisten : wat moeten woonvormen doen?

Wat mogen cliënten verwachten van de formele zorg: wat biedt de woonvorm voor 24-uurs zorg? In kwaliteitskaders uit eerdere perioden zijn hiervan uitgebreide beschrijvingen gegeven. Die zijn nog steeds bruikbaar, maar de omslachtigheid ervan werkt contraproductief. De neiging om alles te willen regelen geeft in de praktijk van zorgverlening onvoldoende leidraad.
Het is wenselijk een compacte leidraad te geven voor de 24-uurs zorg onder de Wlz; op grond van (a) eisen aan de woonsetting, (b) eisen op drie gebieden van zorg en ondersteuning.



<u>Toelichting</u>

De woonvorm:

- de locatie biedt schone en comfortabele woonruimte(n) met zones van privacy voor de bewoner,
- er is aandacht voor veiligheid in de woonsituatie zodat de cliënt zich op zijn gemak kan voelen,
- de locatie biedt een leefomgeving die voelt 'als thuis', waar iets te beleven is,
- het is een leefomgeving die uitnodigt tot sociaal contact in een klimaat van gastvrijheid,
- de woonlocatie biedt smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes, in een prettige sfeer,
- de locatie heeft hulpmiddelen voor veilige zorg (en bevordert een deskundig gebruik ervan),
- er is een goed werkende alarmopvolging,
- brand-, inbraak- en calamiteitenpreventie is op orde; er zijn noodvoorzieningen bij stroomuitval.

De drie gebieden:

1. <u>Gezondheidszorg</u>

- de cliënt kan erop rekenen dat zijn/haar gezondheid en ziekte(n) goed gevolgd worden vanuit een multidisciplinair behandelteam,
- de cliënt krijgt behandeling gericht op functiebehoud en/of comfort; en gezondheidsbescherming waarmee ernstige risico's tijdig worden onderkend en verlicht of verholpen,
- de cliënt kan in dialoog met de behandelaars keuzes maken ten aanzien van 'levenseinde'-vragen (w.o. reanimatie, euthanasie)[24],
- behandelaars bevorderen dat vrijheidsbeperking – ofwel onvrijwillige zorg – tot een minimum beperkt is ('nee tenzij'); er wordt met zorgteams en familie altijd gekeken naar alternatieven.

2. <u>Dagelijkse verzorging</u>

- de cliënt krijgt passende hulp bij persoonlijke verzorging (w.o. zich wassen, zich kleden, toiletgang, in- en uit bed gaan, mondzorg), en daardoor heeft hij/zij een schoon, verzorgd lichaam,
- de cliënt krijgt hulp bij eten en drinken als hij/zij dat niet meer zelf kan (ook de inzet van familie en vrijwilligers is hierbij welkom),
- de cliënt kan erop rekenen dat de medewerkers alert blijven op gesignaleerde gezondheidsrisico's (bijv. huidletsel, ondervoeding) en de afgesproken acties uitvoeren (afgestemd op 'welbevinden'),
- de zorgteams hebben aandacht voor onveilige situaties in de woonvorm (hygiëne, houdbaarheid van voedingsmiddelen),
- de medewerkers bieden een luisterend oor voor psychische problemen van de cliënt en geven steun als de persoon in de put zit (ook: zo nodig inschakelen van behandelexpertise).

3. <u>Prettige bezigheid en zingeving</u>

- de cliënt kan deelnemen aan activiteiten die hem/haar het gevoel geven van 'zinnige bezigheid' (en als de persoon dat buiten de woonvorm wil doen is er – binnen de middelen – ruimte voor),
- in dementiezorg is de cliënt actief betrokken bij dagelijkse bezigheden, waaronder huishoudelijke bezigheden, met het oog op 'betrokkenheid' en 'erbij horen',
- zorgteams signaleren eenzaamheidsproblematiek, en zoeken met de cliënt naar verlichting ervan,
- zorgteams zijn alert op 'levensvragen' waarmee de cliënt wellicht worstelt (bijvoorbeeld in relatie tot 'hoe ik aftakel', 'dat dierbare mensen om me heen wegvallen', 'dat mijn einde eraan komt').

Enkele algemene voorwaarden bij dit alles:

- de woonvorm geeft informatie aan cliënten en biedt kansen op inspraak en zeggenschap,
- zorgverleners hebben respect voor de leefsfeer van de cliënt, luisteren naar de mening van cliënt.

Daarnaast:

- de woonvorm geeft desgevraagd onbevangen informatie aan zorgvragers (= ouderen die nog zoeken naar 'de beste passende plek'); biedt ook mogelijkheden om te komen kijken;
- de organisatie regelt een begeleide overgang als de persoon verhuist van thuis naar woonvorm.

[24] Wie nadenkt over het levenseinde wil zelf keuzes maken, in overleg met nabije mensen; waaronder arts. De arts is verantwoordelijk voor behandeling; zal een behandeling slechts doen als de cliënt ermee instemt. De cliënt kan een wilsverklaring maken; legt erin vast wat hij/zij wil in specifieke situaties (bv hartstilstand).

4.5 Terugblik

In deze paragraaf is in hoofdlijnen – en meer is niet nodig – een inhoudelijk perspectief voor de intramurale ouderenzorg geschetst. Vanuit drie gezichtspunten: (1) basis, (2) richting, (3) eisen.

1. Basis
Kwaliteit van ouderenzorg –gelet op hoge verwachtingen in de samenleving – is slechts mogelijk vanuit een samenspel van familie, beroepskrachten en vrijwilligers.
De betrokkenheid van nabije familieleden is meer dan 'er zijn en meedoen'; soms ook mede-regie over zorg en ondersteuning.
Een term als 'de basis op orde' moet dan ook primair verwijzen naar de gedeelde inzet van de zorgteams, de familie, de vrijwilligers. Aandachtspunten zijn dan: een vitaal vrijwilligersbeleid, een uitnodigende omgeving voor familieleden, een aansprekende opdracht aan medewerkers.

2. Richting
Kwaliteit van ouderenzorg berust op persoonsgerichte zorg in een beschermende woonsetting. Met als leidraad: (a) mijn ziekten en beperkingen, (b) hulp die bij mij past, (c) wat bijdraagt aan mijn welbevinden. Deze punten zijn dan ook de kern van het wettelijk verplicht zorgplan.
Het betekent dat zorgteams en woonvormen – in dialoog met de cliënt – kijken naar de meerwaarde die ze bereiken op belangrijke gebieden van welbevinden: plezierig wonen, verzorgd lichaam, gezondheid (w.o. omgaan met een gebrekkige gezondheid), lekker eten en drinken, plezierige dagbesteding, goed slapen, rusten en waardevolle relaties.

3. Eisen
Kwaliteit in de woonvormen voor 24-uurs zorg – ook wat zorgorganisaties moeten doen – is vervolgens verbonden aan drie gebieden:
- gezondheidszorg gericht op functiebehoud en comfort [25]
- dagelijkse verzorging op grond van individueel maatwerk [26]
- prettige bezigheid, afgestemd op de leefstijl van de persoon.

Deze gebieden staan uiteraard in samenhang met elkaar.

[25] Behandelaars en medewerkers voor de dagelijkse zorg en ondersteuning vormen samen een team rond de cliënt. Multidisciplinaire behandeling is een onmisbaar onderdeel van het gehele zorgpakket. Het ligt voor de hand dat die behandeling ook bekostigd wordt vanuit Wlz-zorgpakketten. Zo niet: dan onvoldoende borging van integraliteit; en onnodig veel administratieve rompslomp in contracten met zorgverzekeraars. Maar de organisatie van die behandeling kan divers zijn: behandelaars die in dienst zijn van de locaties, of behandelaars die in samenspel met de reguliere eerstelijnszorg worden ingezet.

[26] Weloverwogen is het gebied van 'dagelijkse verzorging' stevig neergezet. Naar inzet van medewerkers is dit een kern van verpleeghuiszorg; toch komt dit gebied in veel visies ondermaats in beeld. Een mooie schets: Anne-Mei The, 'in de wachtkamer van de dood: leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving', Uitgeverij Thoeris 2005. Daarin ook ervaringen van verzorgenden, waar onder 'tekortschieten' door de veelheid van opdrachten.

Daarnaast zijn eisen gesteld aan de woonlocatie:

- comfort, veiligheid voor de bewoners
- gastvrijheid en levendigheid (er is iets te doen)
- aangename maaltijden in sfeervolle setting

Zo gesteld, is er continuïteit ten opzichte van het kwaliteitskader uit 2013 (LOC, IGZ, ZN). Tegelijk is een vergaande vereenvoudiging aangebracht (zie de schets in paragraaf 4.4). Ook is een nieuw accent gelegd door de zorg te verbinden met persoonlijk welbevinden (=oriëntatie op leefplezier).

5 Voorwaarden en werkagenda

5.1 Wat helpt goede zorg vooruit?

Wat zijn belangrijke voorwaarden om het geschetste perspectief tot realiteit te maken? Vanuit onderzoek naar de intramurale ouderenzorg is hierover allerlei inzicht gegeven, op grond van het simpele feit dat er tussen woonvormen voor 24-uurs zorg (en de onderliggende zorgorganisaties) aanzienlijke verschillen zijn. In ieder geval de volgende kernpunten zijn hier vermeldenswaard.

(1) Kwaliteit voor cliënten
Tussen de bewoners van woonvormen bestaan grote verschillen in ervaren kwaliteit van leven; en die verschillen hebben sterk te maken met iemands gezondheid, met weerbaarheid, sociale steun van familie en vrienden (iemands netwerk). Toch heeft ook de invulling van de zorg een effect op de ervaren kwaliteit van leven. Het volgende doet ertoe, zo laat onderzoek zien: [27]

- of medewerkers regelmatig een praatje maken met bewoners, buiten de zorgmomenten,
- of er een verscheidenheid van activiteiten is waaraan bewoners kunnen meedoen,
- of vrijwilligers een actieve inbreng hebben in de woonvoorziening (individuele contacten),
- of de woonlocatie gastvrij is naar familie, vrienden (welkom zijn, desgewenst mee-eten).

Een recent onderzoek naar dementiezorg in woonvormen geeft als basiskenmerken van ‘goede zorg’: nabije en aandachtige medewerkers, betrokkenheid van familie, en zinvolle dagbesteding. Kwaliteit voor cliënten is meer kansrijk in woonvormen waar:

- passende verzorging mooi is gecombineerd met levendigheid (er is iets te doen),
- veel aandacht bestaat voor het wel en wee van de bewoners (betrokkenheid),
- medewerkers en management alert zijn op steun door familie en vrijwilligers.

Kort gezegd: nabije medewerkers, betrokkenheid van familie, gastvrijheid en levendigheid in de woonvorm, actieve vrijwilligers – die hebben een positief effect op welbevinden van bewoners.

[27] MC Poortvliet, D Gerritsen, A van Beek, P Spreeuwenberg, J de Leeuw, C. Wagner, ‘Kwaliteit van leven in de V&V-sector’ Nivel 2007. Kwaliteit van leven is bezien aan lichamelijk welbevinden, mentaal welbevinden, participatie. Uitgedrukt in een rapportcijfer is de ervaren kwaliteit een ruime 7. Mensen zijn positief over: mijn gezondheidsklachten serieus nemen, lichamelijke verzorging doen op een wijze die ik prettig vind, goed contact hebben met familie, zich veilig voelen. Minder positief is men over: zich gezond voelen, buitenshuis kunnen komen, zelf bepalen wanneer ik gewassen en gekleed word.

(2) Inzet van medewerkers

Kwaliteit berust vooral op de relatie tussen cliënt en medewerkers. De inzet van medewerkers maakt het verschil. In onderzoek van de zorgpraktijk is gewezen op de betekenis van persoonsgerichte of belevingsgerichte zorg.[28] Voor de bewoner is belangrijk:

- houvast ervaren (structuur, vertrouwde gezichten, rituelen),
- verbondenheid voelen (contact houden),
- waardering ondervinden (respect, warmte begrip door naasten / verzorgende).

Kenmerken van een persoonsgerichte zorgstijl zijn:[29]

- bieden van veiligheid, vaste gezichten, rituelen,
- bevestigen van gevoelens van angst, blijheid, verdriet, boosheid
- appel doen op persoonlijke kwaliteiten van de bewoner
- mensen in hun waarde laten (niet voortdurend corrigeren)
- eigen identiteit bevestigen (bv samen foto's van vroeger bekijken)
- de persoon stimuleren tot deelname aan sociale activiteiten.

Niet alleen de zorgstijl is van betekenis; ook het *samenspel* tussen de zorgverleners.[30]

- Waar medewerkers elkaar beter weten te vinden, en meer met elkaar afstemmen, gaat het ook beter met de bewoners. Die voelen zich meer persoonlijk benaderd, voelen zich meer op hun gemak, zijn vaak meer sociaal betrokken in het dagelijks leven binnen de woonvorm.
- Een vergelijkbaar effect is gevonden voor de communicatie tussen verzorgenden en nabije familieleden. Daarnaast voor verbindingen met de lokale gemeenschap waaruit bewoners afkomstig zijn.

Kort gezegd: communicatie en samenspel tussen verzorgenden heeft een gunstige uitwerking op het welbevinden van cliënten; tevens op het werkplezier van medewerkers. Waar de inzet van beroepskrachten is verweven met die vanuit families (of lokale gemeenschap) gaat eveneens de kwaliteit voor bewoners erop vooruit.

[28] Rose-Marie Droes, Jos Schols, Philp Scheltens, 'Meer kwaliteit van leven. Integratieve persoonsgerichte dementiezorg', Diagnosis Uitgevers, 2015. Hier vooral de hoofdstukken 5 en 10.

[29] Er zijn ook dilemma's in de zorgverlening. Vanuit professionele optiek zullen beroepskrachten streven naar behoud en activering van dagelijks functioneren; fysieke activiteit en beweging zoveel mogelijk stimuleren (want inactiviteit geeft gezondheidsproblemen zoals pijn, agitatie, vallen). Een probleem is dat veel bewoners weerstand tonen tegen die activiteiten en dat kan leiden tot onrust. Daarom is scholing van personeel belangrijk (leren om bewoners in beweging te brengen).

[30] Sandra van Beek, Social networks of nursing staff and organizational performance. A study in long-term care facilities, Universiteit Utrecht, proefschrift 2013.

(3) Organisatie van zorg

Het NIVEL deed onderzoek naar één van de basisvoorwaarden van goede zorg: het personeel van de voorzieningen voor 24uurszorg. Er is gekeken naar (a) het aantal medewerkers voor de directe zorg (beschikbaarheid), (b) de mix van medewerkers naar deskundigheidsniveaus. Wat is het effect ervan op 'kwaliteit voor bewoners'.[31]
Tussen woonvoorzieningen bestaan aanmerkelijke verschillen in beschikbaarheid van personeel: ten opzichte van het landelijk gemiddelde is er soms 25% minder tijd dan volgens ZZP-middelen kan, soms 25% meer tijd (bij vergelijkbare cliënten, met vergelijkbare zorgzwaarte).

De inzichten:

- De sterkte van personeelsformatie heeft wel degelijk effect op kwaliteit, maar is lang niet altijd van doorslaggevende betekenis.
- 'Aantal medewerkers' telt niet genoeg. Tevens gaat het erom, hoe de medewerkers met elkaar samenwerken en hun tijd inrichten (een cultuur van gericht zijn op bewoners).

In de mix van medewerkers bestaan eveneens flinke verschillen tussen woonvormen. Vaak is er een combinatie van medewerkers op niveau 2 en 3; soms is er aanvullende inzet van verpleegkundigen op niveau 4 of 5. De inzichten hierover:

- Het effect is niet precies bekend; maar de indruk is dat een bredere mix van medewerkers (met daarin ook niveau 4) bijdraagt aan kwaliteit voor bewoners.
- Opleidingsniveau van medewerkers is niet 'zaligmakend'. Cruciaal zijn competenties als: zich kunnen inleven in de persoon voor wie ze zorgen; leuk vinden om met mensen om te gaan; achtergronden en wensen van de persoon kennen; rust en aandacht voorop stellen.[32]
- Werktevredenheid en kwaliteit van zorg gaan vaak samen. En die tevredenheid is doorgaans hoger als verzorgenden en verpleegkundigen ruimte hebben om zelf het werk in te delen, waardering van het management krijgen, met elkaar over 'goede zorg' kunnen nadenken.
- Kleinschalig organiseren van zorg heeft een positief effect op werkplezier van medewerkers, en dat komt vervolgens het welbevinden van de bewoners ten goede.[33]

[31] NIVEL, :Goede zorg is meer dan voldoende handen aan het bed, 2012. En ook: TL Hingstman e.a., 'De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg'. NIVEL 2012.
Kwaliteit is verkend aan de hand van: (1) veiligheid in de leefomgeving, (2) sfeer (= tijd nemen voor bewoners, respect tonen, mensen voelen zich op hun gemak), (3) geboden autonomie (= ruimte voor bewoners om een eigen leven te leiden), (4) nabijheid van medewerkers (= mate waarin medewerkers de bewoners kennen, zichtbaar aanwezig zijn, actief zorgen voor de bewoners).

[32] Ezra van Zadelhoff & Hilde Verbeek, morgen mag ik naar het verpleeghuis: toekomstvisie op zorg voor mensen met dementie, Boom Lemma, 2012.

[33] APA van Beek, PMM Spreeuwenberg, PP Groenewegen, Een evaluatie van 17 kleinschalige dementie-projecten in zorginstellingen, Utrecht 2010. Ook: Hilde Verbeek 'Redesigning dementia care : an evaluation of small-scale, homelike care environments', Universiteit Maastricht, 2011.

Kort gezegd: onderzoek laat zien dat een hogere beschikbaarheid van personeel (meer uren voor directe zorg binnen het budget) samengaat met een hogere kwaliteit voor bewoners. Evenzeer zijn andere factoren van betekenis: gedeelde visie, prettig met elkaar samenwerken in teams, een stimulerende werkomgeving. Kwaliteit van ouderenzorg is gebaat met een mix van medewerkers, waaronder enige inbreng van verpleegkundigen. De kern van verpleeghuiszorg blijft de inzet van verzorgenden: geduldig, luisterend, zorgzaam.

(4) Besturing in de zorg

Bij instellingen voor intramurale ouderenzorg is ook verkend hoe de besturing van de zorg werkt: wat helpt de kwaliteit vooruit? Uit benchmarkonderzoek komt naar voren dat koplopers vooral de volgende kenmerken hebben:

- bestuurlijke inzet op 'meerwaarde voor cliënten' (in een cultuur van luisteren naar cliënten),
- cliënten, medewerkers en vrijwilligers betrekken bij het beleid,
- een platte organisatie met korte lijnen, de menselijke maat,
- een lage overhead (10% in plaats van het gemiddelde van 14% in de branche),
- inspirerend leiderschap en zichtbaar nabije bestuurders en managers,
- een goed georganiseerd kwaliteitsbeleid (voortdurend verbeteren vanuit consistente visie).

Een groot onderzoek naar dementiezorg – de 'monitor woonvormen dementie' – geeft verwante inzichten maar dan op het niveau van de woonvorm.[34] Als 'succesvoorwaarden' zijn genoemd:

- een aansprekende visie die 'echt leeft' in de praktijk,
- een vaste, stabiele groep medewerkers (verzorgenden als professionals),
- een leidinggevende die steunt en stuurt,
- bewoners betrekken bij activiteiten (in samenwerking met familie),
- actieve vrijwilligers (extra kansen voor welzijn).

Kortom, allerlei onderzoek wijst naar een set van gunstige voorwaarden waaronder organisaties en woonvormen een betere kwaliteit voor cliënten bereiken; en 'goede zorg' waarmaken. Sturen op die voorwaarden – ofwel die succesfactoren – hoort bij verbetering van ouderenzorg.

5.2 Welk landelijk kwaliteitskader?

Voor de ouderenzorg is in eerdere jaren een landelijk kwaliteitskader ontwikkeld met een sterk accent op het meten van (a) zorginhoudelijke veiligheid, (b) waardering van wonen en zorg door cliënten ('CQ').

[34] De monitor berust op een verkenning bij 54 woonvoorzieningen voor mensen met dementie (verblijfszorg), vooral kleinschalige zorg in aparte woonunits of in grotere gebouwen. Zie: Trimbos Instituut 2015.

- Voor het eerste zijn vragenlijsten gemaakt die de zorgverleners per cliënt moesten invullen (elk jaar, in geselecteerde 'meetweken').
- Voor het tweede zijn vragenlijsten gemaakt die doorgaans in een steekproef van bewoners zijn toegepast; de informatie is opgehaald in gesprek met de bewoner of via een vragenlijst die een nabij familielid invult.

De belangrijkste bedenking bij dit kader is dat het onvoldoende bijdraagt aan direct verbeteren van de zorg. Eenzijdig ligt het accent op extern verantwoorden. Natuurlijk hebben de zorgteams en bestuurders wel wat aan de verzamelde informatie; maar de praktijk van alledag laat zien dat de opzet geen impuls bevat tot zorgverbetering op de werkvloer.[35]

De ouderenzorg heeft zich uitgesproken voor een vernieuwing in de richting van:[36]
- meer accent op de dialoog tussen cliënt en professional,
- meer nadruk op resultaten die voor cliënten worden bereikt,
- meer ruimte voor reflectie in zorgteams (doen we de goede dingen, en doen we die juist),
- opdracht aan bestuurders om een goed overzicht van kwaliteit te hebben en te verbeteren.

Een vernieuwd kwaliteitskader is primair gericht op intern verbeteren, en daarnaast op extern verantwoorden. Het moet bij voorkeur de volgende bouwstenen hebben:

(1) Het zorgproces rond de individuele persoon
Per cliënt moet helder zijn:
- welke problemen bij zelfredzaamheid er zijn, en welke hulp gewenst wordt;
- welke bijzondere gezondheidsrisico's bestaan, en waarop zorgteams extra moeten letten,
- welke wensen de persoon heeft voor een prettig leven (kansen op eigen welbevinden).

In het persoonlijk zorgplan is de informatie over deze onderwerpen vastgelegd.
De organisatie borgt dat het plan actueel is en in samenspraak met de cliënt is opgesteld.

(2) De zelfreflectie in teams en woonvormen
Naast het reguliere werkoverleg (niet alleen medewerkers, ook vaste vrijwilligers erbij), komen zorgteams tot een periodieke zelfevaluatie; bijvoorbeeld twee keer per jaar aan de hand van thema's. De kern ervan: wat doen we goed? Wat staat zwak en moet beter?
De zelfevaluatie zal tevens verhelderen:
- zijn er actuele zorgplannen, en worden gemaakte afspraken over zorg nagekomen?
- is er zicht op gezondheidsrisico's van de cliënt, en wordt zo nodig actie ondernomen?
- is er aandacht voor welbevinden van de cliënt, en werken we aan (meer) leefplezier?

---

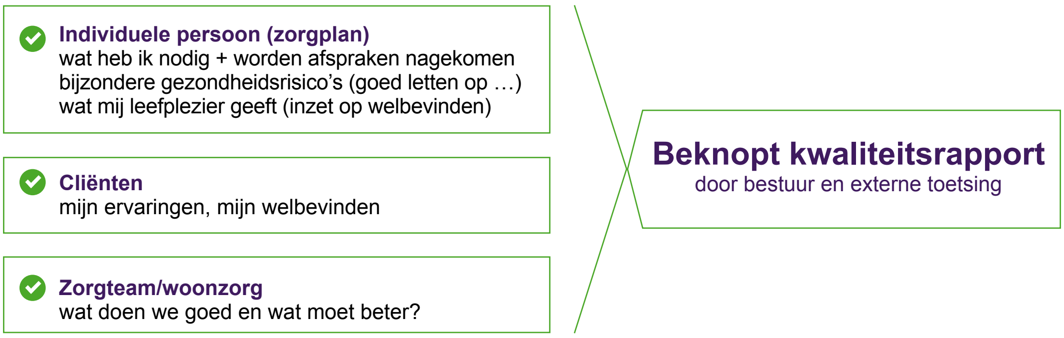
[35] In de gekozen aanpak zijn alle gegevens in een landelijke portal bijeen geplaatst. Doel ervan was dat instellingen met elkaar te vergelijken zijn. Onder meer de zorgkantoren willen ervan gebruik maken bij contractering. Deze werkwijze – zo is de kritiek – berust op de fictie dat instellingen te vergelijken zijn. De cijfers zijn niet eenduidig; achter hogere scores op 'probleemgedrag' – om iets te noemen – kan een zwakke zorgpraktijk schuilgaan, maar ook een team dat tot reductie van vrijheidsbeperking komt. Cijfers zonder een goed verhaal erbij helpen niet.

[36] ACTiZ, position paper kwaliteit (februari 2014); over alle zorg en ondersteuning (Zvw, Wlz, Wmo).

(3) De inzichten van cliënten
Een onmisbare derde bouwsteen is dat cliënten zeggen wat ze ervan vinden (mijn ervaringen, mijn welbevinden). Hiervoor is een sober instrument voldoende; zoals 'well being index' of 'CQ-licht'. In experimenten 'regelarme instellingen' is de meerwaarde duidelijk geworden. Er kan een beperkt aantal instrumenten zijn, waaruit instellingen kunnen kiezen in overleg met de centrale cliëntenraad. Belangrijk is dat een instrument van directe betekenis is voor 'verbetering'.
De zorginstelling zal een samenvattend overzicht geven: wat gaat goed volgens de ervaringen van cliënten en wat moet beter.

(4) Overzicht door bestuurders
Op grond van de zojuist genoemde bouwstenen maken bestuurders een bondig kwaliteitsrapport; het is een overzicht voor de instelling of de organisatorische eenheid. In dat rapport zijn 'feiten' gecombineerd met een uitleg erover, bijvoorbeeld hoe het staat met 'nakomen van afspraken'. Inzichten vanuit cliëntervaringsonderzoek zijn erin verwerkt, opnieuw met een verhaal erbij (wat doen we goed, wat nog niet, en wat zijn de geplande verbeteracties). En landelijk kan worden vastgelegd dat in een volgend jaar (of een reeks jaren) specifieke thema's extra aandacht hebben; bijvoorbeeld vrijheidsbeperking, palliatief-terminale zorg.[37]

De vernieuwde opzet van een kwaliteitskader is als volgt samen te vatten:



Niet langer worden grote reeksen datasets in een portal ingevoerd (want die data zonder verhaal erbij zijn multi-interpretabel). Het kwaliteitsrapport is een hulpmiddel voor intern overzicht (en de keuze van verbeteracties), daarnaast voor externe verantwoording over de kwaliteit van zorg.
Die verantwoording heeft een ander karakter dan veel jaarverslagen waarin de instelling zich van de mooie kant laat zien; het is een zakelijk verslag vanuit de genoemde bouwstenen. Het wenselijk dat instellingen hun kwaliteitsrapport – en de aanpak eronder – laten toetsen. Een systematiek van externe visitatiecommissies past goed bij een kader waarin zorgorganisaties zelf het voortouw nemen over 'zicht op kwaliteit'.

[37] Daarnaast is denkbaar dat instellingen zelf 'inzoomen' op bijzondere vormen van zorgverlening, zoals 'top care'; bijvoorbeeld zorg voor mensen met de ziekte van Huntington. In de ouderenzorg is zo'n aanpak al uitgewerkt voor bijzondere cliëntgroepen. Woonvormen of organisaties spiegelen zich aan een referentiekader voor 'goede zorg' dat ze hebben opgesteld; dat referentiekader steunt op inzichten uit 'wetenschap en praktijk'. Zie: de stichting top-care.

5.3 Suggesties voor werkagenda

Het plan tot verbetering van de ouderenzorg – met accent op verpleeghuiszorg – is breed in zijn opzet. Daaraan valt weinig toe te voegen. Op deze plaats volstaan enkele suggesties die direct samenhangen met het onderwerp van deze notitie: een gezamenlijk perspectief op goede zorg.

1. Focus
De ouderenzorg binnen de Wlz heeft te maken met een veelheid van visies en opdrachten. Vanuit landelijk beleid zijn er talrijke oude en nieuwe speerpunten. Voor de werkvloer lijkt het op een grote tafel waarop steeds nieuwe dingen worden gestapeld; en natuurlijk valt er dan herhaaldelijk wat af; beleidsmakers signaleren vervolgens ‘tekorten’. Een kentering is nodig. Uitvoerende zorgverleners – en hun management – zijn gebaat met een visie op ouderenzorg die kort de kernpunten bijeen zet. In dit document is daartoe een poging gedaan met een schets van ‘goede zorg’ gericht op leefplezier en comfort (zie vooral paragraaf 3). Als er breed draagvlak is voor deze schets – en dat lijkt zo te zijn – dan is er niet alleen ‘focus’; ook valt te vermijden dat allerlei landelijke partijen een eigen schets ernaast zetten. Want dat geeft in de zorg onnodige ballast.

2. Zorg rond de cliënt
Vanuit hun vak zijn medewerkers geroepen tot ‘methodisch werken’; in het toezicht van recente jaren is dat onderwerp eveneens op de voorgrond geplaatst. Maar de kern van een methodische werkstijl is niet dat medewerkers voortdurend bezig zijn om van alles en nog wat op te schrijven. Een zorgplan kan sober zijn; integrale risicosignalering kan berusten op een kort overzicht; en de ervaringen van cliënten zijn met maximaal tien vragen helder te krijgen. Er is een heroverweging wenselijk ten aanzien van de dagelijkse registraties (alleen wat ertoe doet omdat het bijzonder is) of de meldingen van incidenten (alleen bij schade voor de cliënt).

In de ouderenzorg is een wending gaande naar persoonsgerichte zorg; gebaseerd op luisteren naar wat de cliënt belangrijk vindt, met aandacht voor psychosociale steun als de persoon die nodig heeft. Die persoonsgerichte zorg staat in het teken van leefplezier en comfort bij de cliënt. Aandacht voor veiligheid is ermee vervlochten: naast ruimte voor ‘werken aan welbevinden’ is er niks mis met een krachtige leidraad naar zorgteams over zaken als veilige geneesmiddelenzorg, preventie bij decubitus, alertheid op ondervoeding. Die leidraad kan heel sober zijn; zo vermijden we de impasse van de huidige registratiezorg.[38]

Bij dit alles is multidisciplinaire behandeling onmisbaar. Enerzijds als directe gezondheidszorg naar mensen met een grote kwetsbaarheid, anderzijds als advies en instructie naar medewerkers die de dagelijkse zorg geven.

[38] Ter toelichting: voor medicatieveiligheid hebben landelijke partijen dikke protocollen gemaakt, maar voor de zorgpraktijk zijn de kernpunten te bundelen in enkele basisregels, zoals werken met toedienlijst, medicatie apart en koel bewaren. Details horen bij de medische professies: de arts en apotheek die medicatie-reviews doen, de vorm van toediening uitzoeken, bijwerkingen volgen.

3. Toerusting van medewerkers
Zwakke plekken in de ouderenzorg ontstaan vooral door tekortschietende competenties bij het personeel; bovendien door onvoldoende inhoudelijk leiderschap bij de bestuurders. Met het oog op kwaliteit voor cliënten is een mix van medewerkers wenselijk. Verzorging staat voorop, met de opdracht om vakkennis op peil te houden en vaardigheden bij persoonsgerichte zorg verder te ontwikkelen. De waarde van aanvullende verpleegkundige expertise is duidelijk. Multidisciplinaire behandeling is eveneens een onmisbaar onderdeel van het Wlz-pakket, mede gelet op advies en instructie naar teams.

De norm voor bijscholing (2% van het zorgbudget van de instelling) moet overeind blijven; het accent zal liggen op 'leren op de werkplek'.
Daarnaast moeten zorgteams bij hun veeleisende werk kunnen rekenen op ondersteuning. Zo is bijvoorbeeld duidelijk dat 'omgaan met heel moeilijk gedrag van bewoners' beter lukt met hulp door de psycholoog (het zogenoemde omgangsoverleg).[39]

4. Cliënten aan het woord
Uiteraard is de cliënt direct betrokken bij het zorgplan: bij afspraken over zorg en ondersteuning, aandacht voor bijzondere gezondheidsrisico's, focus op zaken die leefplezier geven. Gekoppeld aan de zorgplancyclus – minimaal (half)-jaarlijks – spreekt de cliënt zich uit over de geboden zorg (of afspraken worden nagekomen, het leven prettig is, enzovoort).

Daarnaast is er periodiek een bevraging van cliënten via cliëntervaringsonderzoek: wat vinden zij ervan? Niet met uitgebreide vragenlijsten zoals in voorbije jaren verplicht was, maar met een beknopt instrument zoals de 'welbevinden index' of een 'CQ-licht' (die in experimenten regelarme zorg is toegepast). Zeer denkbaar is dat de sector meerdere instrumenten heeft, mits er een landelijke procedure voor erkenning is. Voorop staat dat de bevraging van cliënten onmiddellijk van betekenis is voor verbetering van de individuele ondersteuning, en de kwaliteit van zorg in de woonvormen voor 24-uurs zorg.

5. Sturen op kwaliteit
De ouderenzorg binnen de Wlz is nadrukkelijk in beweging met een sterke impuls tot innovatie. Er is een tendentie om organisatorische vernieuwing voorop te stellen bijvoorbeeld met een beweging naar zelfregelende teams.
De kunst is uiteraard – het is een open deur – om meer focus te krijgen op resultaten voor cliënten. Bijvoorbeeld: wat bevordert dat de persoon in dementiezorg een leuke dag heeft; of wat is nodig om mensen in een voorziene stervensfase comfort en zingeving te bieden?

[39] S Zwijsen, M Smalbrugge, C Hertogh, e.a, 'Grip op probleemgedrag', TvO 2014. Om de aanpak van probleemgedrag bij dementie te verbeteren is het project 'Grip op Probleemgedrag' ontwikkeld. Het is geïmplementeerd op 17 verpleeghuisafdelingen. Uit effect-onderzoek bleek de aanpak te leiden tot afname van probleemgedrag en van antipsychotica-gebruik. Tevens steeg de werktevredenheid van personeel licht.

De IGZ signaleert dat veel organisaties nog te weinig ‘lerend vermogen’ hebben; de bestuurders schieten op dit vlak tekort. Fusiebewegingen in de zorg hebben geleid tot een sterk interne blik; er zijn extra prikkels nodig om ‘over muren te kijken’; en leren hoe elders boeiende bewegingen zijn gemaakt.
Het inkoopbeleid van *zorgkantoren* kan hieraan een bijdrage leveren: niet langer werken met aanvechtbare meetlatten voor prijsdifferentiatie, veel meer erop inzetten dat instellingen een continue beweging naar betere zorg maken (afspraken over kwaliteitsverbetering, leernetwerken stimuleren).

6. Zicht op succesfactoren
We weten welke zaken bijdragen aan kwaliteit voor cliënten; hierover is nogal wat onderzoek gedaan en het wijst overwegend in eenzelfde richting. Met vergelijkbare middelen realiseren organisaties een uiteenlopend kwaliteitsniveau. Mensen maken het verschil.

Kwaliteit van ‘verpleeghuiszorg’ (24-uurs zorg in beschermde woonvormen) is afhankelijk van:
- een platte organisatie met lage overhead (daardoor meer mensen voor directe zorg),
- ruimte voor medewerkers op grond van professionaliteit,
- een cultuur van persoonsgerichte zorg (nabijheid, praatje maken, troosten bij verdriet),
- een actief betrokken familie, daarnaast een solide inbreng van vrijwilligers,
- een gastvrije woonvorm (er is iets te doen) met levendige dagbesteding voor bewoners,
- verbinding met de lokale gemeenschap om meer mogelijkheden voor cliënten te hebben.

Natuurlijk moet elke organisatie een eigen weg naar ‘goede zorg’ uitlijnen; toch is wenselijk dat de kennis over succesfactoren wordt benut. Het Zorginstituut kan hierbij nadrukkelijk een rol spelen: bundelen van ‘*evidence*’ uit onderzoek en zorgpraktijk.

7. Regie bij de woonvorm
Organisaties zijn in beweging naar regie op locatie en regelruimte voor zorgteams. Hierbij staat voorop dat medewerkers en cliënten creatief zoeken naar zowel welbevinden voor bewoners als werkplezier voor medewerkers. Locaties hebben daartoe ruimte.
Deze trend neemt afstand van een tendentie naar zogenoemde ‘flexibiliteit’ waarbij medewerkers afgemeten roosters krijgen, en delen van het werk naar laaggekwalificeerd personeel gaat. Die aanpak geeft onbevredigend resultaat: afnemend werkplezier, meer versnippering, extra kosten voor coördinatie.
Meer ruimte voor teams is een aansprekende opgave. Medewerkers zien als positieve kanten dat ze voor cliënten eigen oplossingen kunnen bedenken. Ook dat ze ‘dichter bij cliënten staan’ en ‘direct gesprekspartner zijn bij problemen en klachten’.[40]

[40] Er zijn tevens kritische kanttekeningen. De trend naar zelfregelende teams gaat gepaard met de afbouw van managementlagen. Medewerkers signaleren een verschuiving van werk; bovenop alles wat men al moest doen komen er extra taken bij. Zo moet het niet. Anders organiseren zonder een andere zorgvisie is onbegonnen werk.

8. Eenvoud loont
Bij de vernieuwing van ouderenzorg binnen de Wlz hoort een koers naar eenvoud.

- Medewerkers en teams hebben nu te maken met een stapeling van richtlijnen, protocollen, registraties. Sommige zaken blijven onvermijdelijk (zie: medicatieveiligheid, of handhygiëne), maar een vergaande vereenvoudiging van het kwaliteitsbouwwerk loont. De voordelen: (a) meer focus voor medewerkers, (b) minder registratielasten, (c) extra ruimte voor directe zorgverlening.
- Diverse instellingen hebben laten zien dat vereenvoudiging de werkvloer vooruit helpt. Het gaat er niet om dat 'elk team zijn eigen gang kan gaan'. Altijd is er een sobere leidraad waarin voorop staat dat we werken vanuit resultaten voor mensen met beperkingen. Er is tegelijk een sterke relatie met voortgaande professionalisering.
- Voor het aandachtsveld van 'veilige zorg' is evenzeer een doorbraak naar eenvoud nodig. Dit betekent dat de IGZ met het werkveld heel kritisch kijkt naar 'wat er echt toe doet', en daarop de focus richt. Ermee samenhangend: medewerkers signaleren naar elkaar wanneer iets niet goed gaat (elkaar aanspreken).[41]

9. Landelijk kwaliteitskader
Bij een nieuwe Wet langdurige zorg past de ontwikkeling van een nieuw kwaliteitskader. Het huidige kader – met aparte vragenlijsten over zorginhoudelijke indicatoren, ingevoerd in een landelijke portal, met trage terugkoppeling – heeft weinig betekenis voor de werkvloer. In een nieuw kader zijn drie bouwstenen leidend:

(1) beknopte informatie vanuit het zorgplan (onder meer: maken we afspraken waar?),
(2) een vorm van zelfevaluatie in teams en woonvormen (wat doen we goed? wat moet beter?),
(3) systematische bevraging van cliënten met accent op welbevinden.
Vanuit die bouwstenen maakt de instelling een samenvattend kwaliteitsrapport, met daarin ook de speerpunten voor 'verbetering'. Met een nader uit te werken visitatieproces is dat rapport toetsbaar; visitatie bevordert dat de organisatie een eerlijk beeld geeft. Met deze werkwijze kan het kwaliteitsrapport tevens de basis zijn van externe verantwoording. Daarmee krijgt de organisatie – zowel werkvloer als bestuur – een sterke stimulans om tot een continue zorgverbetering te komen.

10. Heroriëntatie in beleid en politiek
Dit document ontstond vanuit de behoefte aan nieuw perspectief op 'verpleeghuiszorg'; een verzoek vanuit de landelijke taskforce en het ministerie van VWS. Bewust is een verbreding aangebracht naar *alle* 24-uurs zorg in beschermde woonvormen; de intramurale ouderenzorg heeft al overwegend het karakter van 'zwaardere verpleeghuiszorg' gekregen.

[41] In dit verband is interessant: of medewerkers het disfunctioneren van anderen signaleren. Zie hierover: Anke de Veer, Erica Maurits, Anneke Francke, 'Disfunctioneren van zorgverleners in de intramurale ouderenzorg', TvO april 2015. Bezien per jaar neemt vier tiende van de medewerkers waar dat een directe collega disfunctioneert (professioneel handelen, samenwerking, communicatie naar cliënten). Slechts in een beperkt aantal situaties (39%) is de veiligheid direct in het geding. Vrijwel altijd is actie ondernomen! Meestal door een collega direct erop aan te spreken, soms door leidinggevenden in te schakelen.

Naast woonvoorzieningen die we nu kennen, zullen vernieuwende vormen ontstaan.
Zo kan de 24-uurs zorg ook geboden worden in clusters van woningen rond steunpunten op grond van een ‘volledig pakket thuis’. De Wlz maakt vernieuwing in de vormgeving van 24-uurs zorg al mogelijk.

In deze context zal bij ‘samenleving en politiek’ een heroriëntatie wenselijk zijn.
Het is wenselijk *voorbij* twee gangbare noties te komen:
(1) De overgang naar 24-uurs zorg in een woonvorm is niet per se slecht voor een persoon met uitgebreide beperkingen. Het komt voor dat ‘thuis’ echt niet meer gaat. Dan is de weg naar zo’n woonvorm vaak niet prettig, maar het leven in een beschermde woonvorm kan wel zo prettig mogelijk zijn.
(2) Het verblijf in een woonvorm voor 24-uurs zorg is niet per se een inbreuk op een goed leven. De nieuwe leefwereld is zeker niet gemakkelijk; maar kan toch bevredigend zijn door de voortdurende nabije zorg, en door de ondersteuning die is gericht op leefplezier en comfort. Deze opgave wordt op veel plekken in de ouderenzorg al mooi ingevuld.

Tot slot: bij dit alles past dat we afscheid nemen van de term ‘verpleeghuiszorg’. Die term komt uit een oud tijdvak, toen de langdurige zorg werd losgeweekt van de ziekenhuizen.
De 24-uurs zorg voor zeer kwetsbare oude mensen berust vooral op gekwalificeerde verzorging, en verzorgenden zijn de kern van de werkformatie, aangevuld met enige verpleging en behandeling. Laten we de term verpleeghuis (of verpleegzorg) vermijden.
Beter is wellicht: verzorgingshuis of gewoon zorghuis.

Bijlage 1
Kerncijfers intramurale ouderenzorg

In een jaar tijd doen 210.000 mensen een beroep op langdurige zorg in een verzorgingshuis of verpleeghuis: mensen met een indicatie en/of feitelijk gebruik (dus ook 'wachtenden'). Er zijn omstreeks 140.000 mensen die nu wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Het aantal mensen dat in een jaar gebruik maakt van deze zorg is hoger. Dit gaat in de richting van 180.000 personen. Er is elk jaar een flinke doorstroom: omstreeks een-derde van de bewoners overlijdt. Van alle bewoners in de intramurale ouderenzorg krijgt 65% een zorgpakket dat het karakter van 'verpleeghuiszorg' heeft: medische zorg, verzorging, welzijn, beschermd wonen zijn in samenhang beschikbaar.
Het aandeel van 'verpleeghuiszorg' in de intramurale ouderenzorg is de afgelopen decennia zeer sterk toegenomen; van een-derde 25 jaar geleden tot twee-derde nu.

In de voorbije decennia is de capaciteit van intramurale zorg fors afgenomen, terwijl het aantal ouderen toenam. Zo'n 25 jaar geleden waren er nog bijna 200.000 plaatsen in verzorgings- en verpleeghuizen; en het aantal mensen dat er in een jaar woonde was omstreeks 250.000. Ouderen met beperkingen – die veel moeite hebben met 'jezelf redden' – blijven tegenwoordig langer thuis. Het is een ontwikkeling met een breed draagvlak. Het gevolg is bekend: de mensen die naar een zorghuis gaan verblijven er gemiddeld slechts enkele jaren.

Toegang
Het Zorginstituut heeft regels gesteld voor de toegang tot intramurale zorg (zie: ZiNL met CIZ: Afwegingskader toegang tot de Wet langdurige zorg, 2015).Het afwegingskader is opgebouwd in een aantal stappen:
1. *Vaststellen aandoening of beperkingen*
2. *Nagaan van uitzonderingen (andere regelingen dan Wlz gaan voor)*
3. *Vaststellen functioneren (cognitief, oriëntatie, fysiek, psychisch, gedrag, ADL)*
4. *Vaststellen ernstig nadeel (verwaarlozing, lichamelijk letsel, schade in ontwikkeling)*
5. *Besluitvorming over toegang tot de Wlz: is er noodzaak van permanent nabije toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid?*

De verzekerde heeft toegang tot de Wlz –zo stelt het ZiN – als één van onderstaande vragen positief wordt beantwoord:
1. *Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan permanent toezicht: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen?*
2. *Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is op relevante momenten hulp in te roepen en hij door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft?*
3. *Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan 24 uur zorg per dag in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft?*

Gebruik
Afgeleid van CBS- data en NZa-gegevens (w.o. de Monitor langdurige zorg), is een overzicht mogelijk van de 'zorgzwaarte' van bewoners (alle intramurale ouderenzorg, exclusief geriatrische revalidatie).
Hieronder staan de meest recente gegevens: over het vierde kwartaal van 2014.
- *De eerste kolom vermeldt het zorgzwaartepakket (op de volgende bladzijde staat een korte toelichting).*
- *De tweede kolom geeft het aantal mensen met een indicatie voor verblijfszorg (in totaal 165.030; een kwartaalcijfer dat lager is dan het jaartotaal van 210.000 personen).*
- *De derde kolom geeft het aantal gebruikers van intramurale zorg (totaal 141.570).*

Tabel 1: Intramurale V&V: cijfers over 4e kwartaal 2014 (bron: Monitor langdurige zorg, NZa)

	Aantal mensen met indicawtie verblijfszorg	Aantal gebruikers van verblijfszorg (V&V)	
VV01	2 200	1 490	Beschut wonen met enige begeleiding
VV02	7 790	5 485	Beschut wonen met begeleiding en verzorging
VV03	16 490	13 420	Beschut wonen met intensieve verzorging
VV04	31 805	26 060	Beschut wonen met intensieve begeleiding & verzorging
VV05	59 935	50 575	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
VV06	27 485	25 960	Beschermd wonen met intensieve somatische zorg
VV07	14 835	14 560	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg (bgl)
VV08	2 585	2 770	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg (vpl)
VV09B	1 020	730	Herstelzorg zonder perspectief op terugkeer naar huis
VV10	8 90	525	Palliatief-terminale zorg (kortdurend)
TOTAAL	**165 030**	**141 570**	

Toelichting op de zorgzwaartepakketten:

VV-1	Beschut wonen met enige begeleiding. Cliënt heeft begeleiding nodig in beschutte woonomgeving.
VV-2	Beschut wonen met begeleiding en verzorging. Cliënt heeft vanwege vooral somatische problematiek dagelijks behoefte aan begeleiding en verzorging in een beschutte woonomgeving.
VV-3	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging. Cliënt heeft door omvangrijke somatische problematiek behoefte aan begeleiding en vooral intensieve verzorging in beschutte woonomgeving.
VV-4	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging. Cliënt heeft intensieve begeleiding nodig, gecombineerd met uitgebreide verzorging in beschutte omgeving (om diverse redenen)
VV5	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg. Cliënt heeft vanwege ernstige dementiële problematiek behoefte aan intensieve begeleiding en intensieve verzorging in beschermende woonomgeving Cliënt is (bijna) geheel zorgafhankelijk.
VV-6	Beschermd wonen met intensieve verzorging & verpleging. Cliënt heeft vanwege ernstige somatische beperkingen op veel momenten van de dag behoefte aan begeleiding, intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving.
VV-7	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg door specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding. Cliënt heeft op grond van een chronische ziekte specifieke begeleiding nodig in combinatie met zeer intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving.
VV-8	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen (nadruk op verzorging en verpleging). Cliënt heeft door ernstige somatische aandoening behoefte aan specifieke en zeer intensieve verzorging en verpleging in combinatie met begeleiding in beschermende woonomgeving.
VV9b	Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging. Cliënt kan doorgaans niet meer terug naar huis vanwege blijvende ernstige beperkingen in functioneren.
VV-10	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg. Cliënt verblijft doorgaans niet meer dan drie maanden in een beschermd verblijf in verband met naderend overlijden.

Bijlage 2
Ervaringen van cliënten (verpleeg- en verzorgingshuizen)

Hoe ervaren cliënten de kwaliteit van intramurale ouderenzorg? Inzichten hierover zijn bekend vanuit cliëntervaringsonderzoek (CQ). Voor de intramurale ouderenzorg is het beeld als volgt.[42]

- *Uitgedrukt in een rapportcijfer (een cijfer van 1 tot 10) geven bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen gemiddeld een ruime '8' aan het geheel van wonen, zorg en ondersteuning. Bij de nabije familieleden van mensen met dementie is dat cijfer lager: 7,7.*
- *Tussen instellingen bestaan grote verschillen in clientwaardering; de totaalscore varieert van 6 tot 9. Door de bank genomen is de waardering bij grote instellingen iets lager dan bij kleine of middelgrote.*
- *Bezien naar afzonderlijke thema's (zie onderstaande tabel) zijn cliënten het meest te spreken over de woonlocatie (w.o. gastvrijheid, inrichting, privacy) en over de maaltijden ('eten en drinken'). Het minst positief zijn ze over de beschikbaarheid van personeel. Niettemin krijgt 'de ervaren kwaliteit van het personeel' een hoog cijfer (8,5).*

Apart is in het cliëntwaarderingsonderzoek gevraagd of men de woonlocatie zou aanbevelen bij vrienden en bekenden. Boeiend is dan: wat samenhangt met een positieve aanbeveling. Dat zijn vooral: bejegening door medewerkers, smakelijke maaltijden, beschikbaarheid en kwaliteit van personeel. Bij familieleden van mensen met dementie komt 'inspraak' erbij.[43]

Tabel: CQ-indicatoren: cliënten intramurale verpleging en verzorging (Benchmark in de Zorg 2014)

Bewoners verpleeg- & verzorgingshuizen (SOM)		Bewoners verpleeg- & verzorgingshuizen (SOM)	
Ervaren beschikbaarheid personeel	6,7	Ervaren beschikbaarheid personeel	6,0
Smaak van maaltijden	7,4	Omgang met elkaar	6,6
Ervaren inspraak	7,9	Respect : ervaren bejegening	7.4
Omgang met elkaar	8,0	Zinvolle dag	7,4
Respect : ervaren bejegening	8,2	Ervaren inspraak	,5
Ervaringen met schoonmaken	8,2	Ervaringen met schoonmaken	7,5
Sfeer tijdens maaltijden	8,5	Ervaren kwaliteit personeel	8,2
Ervaren informatie	8,7	Ervaren informatie	8,4
Ervaren kwaliteit personeel	8,8	Ervaren met eten en drinken	8,4
Zinvolle dag	9,1	Gastvrijheid:: Ervaren privacy	8,9
Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting	9,7	Gastvrijheid: Ervaringen met inrichting	9,1
Gastvrijheid: Ervaren privacy	9,9		

Kortom, onderzoek naar cliëntwaarderingen toont een overwegend positief oordeel naar voren over wonen, zorg, daginvulling. Dit gaat samen met ervaren krapte in beschikbaarheid van medewerkers.

[42] ActiZ / PWC, Samen op weg – Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2014
[43] Deze inzichten komen uit de benchmark van een eerder jaar: ActiZ / PWC 2013

Een verdiept beeld is mogelijk aan de hand van impressies die cliënten of familieleden geven via ‘zorgkaart.nl’ (zie onderstaand schema). Vier kernpunten van ‘goede zorg’ komen naar voren:

- *betrokken medewerkers en vrijwilligers, met persoonlijke aandacht,*
- *gemaakte afspraken nakomen (en voldoende tijd hebben om dat te doen),*
- *samenwerking tussen zorgverleners,*
- *een levendige locatie, met voldoende activiteiten.*

Het onderstaande schema geeft een toelichting op deze kernpunten.

Zorgkaart.nl is een landelijke waarderingssite voor de gezondheidszorg; een initiatief van de NPCF. Iedereen kan er de eigen oordelen geven over de kwaliteit van zorgverleners. Ook voor de intramurale ouderenzorg bestaat die mogelijkheid. Naast rapportcijfers zijn indrukken en verhalen mogelijk. Doorgaans in korte impressies met zaken die voor hen de kern raken. Voor verpleeg- en verzorgingshuizen is het waarderingscijfer gemiddeld 7,3. Op deze plaats staan we stil bij de verschillen in waarderingen: wat zit er achter de bovengemiddeld hoge versus de beneden-gemiddeld lage rapportcijfers?

Bij de uitgesproken positieve oordelen komen vooral de volgende zaken naar voren:

- *de inzet van medewerkers,*
  - *‘mijn moeder heeft geweldige jaren gehad door de niet aflatende inzet van medewerkers en vrijwilligers’*
  - *‘er is goede verzorging, door geduldige en aardige medewerkers (soms wijken ze af van wat is afgesproken en dat snap ik),*
- *een luisterend oor*
  - *‘ik ben blij dat ik hier woon, de medewerkers luisteren goed naar me’*
  - *‘het personeel is vriendelijk en als ik iets vraag helpen ze me’*
- *goed verzorgd zijn*
  - *‘het personeel verdient een gouden stoel in de hemel, wat een heftige baan om voor 20 demente oude mensen te zorgen, mijn vader ziet er elke dag goed verzorgd uit’*
  - *‘mijn vader krijg goed te eten, hij vindt dat erg belangrijk’*
- *leuke activiteiten*
  - *‘ik kom hier elke week bij mijn moeder, en zie dat de bewoners goed worden bezig gehouden’*
  - *‘er wordt hier gelukkig veel georganiseerd aan leuke bezigheden’.*

Bij de minder positieve oordelen (gemiddeld cijfer omstreeks 6) zijn vooral ingebracht:

- *afspraken nakomen*
  - *‘ik woon hier twee jaar, er is me veel beloofd maar het wordt niet waargemaakt’*
  - *‘er zijn teveel ongeïnteresseerde medewerkers, die de afspraken niet nakomen’*
  - *‘verzorgenden zijn de weg kwijt, beloftes zijn gedaan die ze niet nakomen’*
- *te weinig persoonlijke aandacht*
  - *‘het zijn allemaal aardige medewerkers maar ze zouden wat vaker een praatje moeten maken’*
  - *‘het personeel is deskundig, maar te gehaast; geduld en communicatie laten te wensen over’*
- *onvoldoende personeel of wisselend personeel*
  - *‘de vaste medewerkers doen het goed maar er zijn nogal wat invalkrachten en dat gaat het veel minder goed (ze moeten alles opzoeken, zijn minder stipt)’*
  - *‘er is hier goed personeel maar een te hoge werkdruk’*
  - *‘de medewerkers zijn lief en prima maar het zijn er gewoon te weinig’*
- *samenwerking*
  - *‘er wordt hier langs elkaar heen gewerkt (verzorging, dagbesteding, artsen)’*
  - *‘de leiding weet niet wat de werkvloer doet, mijn vader wordt verwaarloosd (hij heeft vies ondergoed) en als ik daarover weer iets zeg dan gebeurt er niks’.*

Bijlage 3
Landelijk kwaliteitskader VVT (2013)

In 2013 hebben IGZ, LOC, ZN een kwaliteitskader voor de ouderenzorg opgesteld, voortbouwend op inzichten die het werkveld in eerdere jaren had gebundeld.[44] De kernpunten zijn als volgt.

- *De invulling van 'goede zorg' komt tot stand in dialoog tussen cliënt en zorgverlener, met betrokkenheid van naaste familie. Samen beantwoord je de vraag: 'wat doen we en hoe'? Het resultaat is veilige zorg, vakbekwaam gegeven, waarbij de cliënt baat heeft.*
- *Zorgverleners doen het werk vakbekwaam, tegelijk met aandacht en toewijding ('zorgzaam'). Ze helpen cliënten bij het realiseren van hun kwaliteit van leven. De zorg is gericht op 'wat de persoon waardevol vindt' en op 'een betekenisvol leven'.[45]*
- *De zorg berust op 'professionele kwaliteit'; daarbij hoort ook de voortdurende aandacht voor gezondheidsrisico's zoals ondervoeding, decubitus, incontinentie, depressiviteit, of moeilijk gedrag. Voor elke persoon is er een actuele 'risicosignalering'.*
- *De woonlocatie voorziet in de voorwaarden voor veilige zorg, zoals 24-uurs nabijheid van een arts, een alarmeringssysteem met snelle opvolging, voortdurend nabij toezicht bij bewoners met dementie, passende hulpmiddelen (en veilig gebruik ervan).*
- *De zorginstelling is verantwoordelijk voor betrokken en vakbekwame medewerkers. Ook is geborgd dat medewerkers systematisch met een individueel zorgplan werken; en dat ze een registratie van gezondheidsrisico's bijhouden. Bovendien heeft de organisatie als geheel een overzicht van die risico's (bijvoorbeeld het aantal cliënten met decubitus).*

[44] LOC, ZN, IGZ: 'Kwaliteitsdocument 2013'.

[45] Het kwaliteitsdocument zegt erover: Mensen die zorg nodig hebben, kunnen nog steeds van grote betekenis zijn voor hun omgeving. Zij zijn niet alleen maar ziek. Zij willen als volwaardig gezien worden. Zelf beslissingen nemen, zinvolle bezigheden ondernemen, deel uitmaken van je omgeving.

<u>Vier gebieden</u>

- *Aansluitend op individuele behoeften zal de zorg voor bewoners bijdragen aan de kwaliteit van leven op vier gebieden: (A) lichamelijk welbevinden, (B) mentaal welbevinden, (C) woon- en leefsituatie, (D) participatie. Het kwaliteitsdocument geeft een brede set van normen op deze gebieden; een beknopt overzicht staat hieronder.*

A: Lichamelijk welbevinden en gezondheid

- *de cliënt krijgt adequate gezondheidsbescherming (tijdig herkennen van risico's; preventie), en zorgteams zullen goed inspelen op veranderingen in de lichamelijke gezondheid,*
- *de cliënt heeft een schoon en naar wens verzorgd lichaam, er is passende hulp bij problemen met persoonlijke verzorging (zich wassen en kleden, toiletgang, verzorgd eruit zien, mondzorg),*
- *de cliënt heeft smakelijke maaltijden in een prettige sfeer; er is zo nodig hulp bij eten en drinken*
- *er is snelle beschikbaarheid van hulpmiddelen en deskundig gebruik (bijvoorbeeld til-lift; maar denk ook aan bril en gehoorapparaat, daarnaast goed werkende alarmopvolging).*

B: Mentaal welbevinden

- *de cliënt krijgt ondersteuning bij mogelijkheden om de regie op het leven te behouden vanuit respect voor persoonlijke waarden die iemand heeft (leefstijl, levenskeuzes, zingeving),*
- *de zorgteams bieden een luisterend oor voor emotionele problemen en voor zaken die naar de mening van de cliënt niet goed gaan in de zorgverlening,*
- *de zorgteams zijn alert op veranderingen in mentaal welbevinden van de cliënt (somberheid, depressieve gevoelens, stemmingswisselingen, probleemgedrag), aandacht voor mogelijke oorzaken, en zo nodig doorverwijzen naar/inschakelen van deskundigheid;*
- *de woonlocatie komt tot minimale vrijheidsbeperking vanuit het 'nee tenzij' principe; er wordt altijd gekeken naar alternatieven.*

C: Woon- en leefsituatie

- *de cliënt mag rekenen op aandacht voor veiligheid in zijn woon en leefsituatie, tevens op privacy, waardoor de cliënt zich op zijn gemak kan voelen.*
- *de zorgverleners hebben respect voor de leefsfeer en de leefpatronen van de cliënt; de locatie bevordert een 'thuisgevoel'. Er is optimale bewegingsvrijheid.*
- *de locatie biedt schone en comfortabele woonruimte; er is aandacht voor onveilige situaties in de woonvorm (inrichting, hygiëne, houdbaarheid van voedingsmiddelen).*
- *de locatie heeft brand-, inbraak- en calamiteitenpreventie op orde, ook noodvoorzieningen bij stroomuitval. Er is tevens een hitteprotocol.*

D: Participatie

- *de cliënt mag rekenen op ondersteuning bij het invulling geven aan persoonlijke interesses en hobby's, en ondersteuning bij een sociaal leven en contact houden met de samenleving,*
- *de cliënt krijgt ondersteuning bij het desgewenst gebruikmaken van sociale activiteiten en dagbestedingsmogelijkheden,*
- *zorgteams signaleren eenzaamheidsproblematiek, met aandacht voor mogelijke oorzaken, en zullen zo nodig doorverwijzen naar extra deskundigheid,*
- *de woonlocatie bevordert een leefomgeving waar iets te beleven is, die uitnodigt tot sociaal contact, en het ondernemen van activiteiten, en die een klimaat van gastvrijheid biedt.*

Bijlage 4
Palliatief-terminale zorg

Intramurale ouderenzorg is deels ook palliatieve zorg.

- *Palliatieve zorg is gericht op de persoon die te maken heeft met een levensbedreigende aandoening; genezing is niet mogelijk.*
- *De laatste fase van het leven met die ziekte wordt aangeduid als de palliatief-terminale fase; daarin wordt gestreefd naar zoveel mogelijk behoud van kwaliteit van leven. De zorg is gericht op comfort voor de patiënt, vermijden en/of verlichten van lijden, ook zingeving.*

Van alle mensen die jaarlijks overlijden is dat bij 40% in een voorziening voor verblijfszorg; vooral in een verpleeg- of verzorgingshuis. Hoe mensen een 'laatste fase' doormaken is heel verschillend.
De palliatief-terminale zorg in de intramurale ouderenzorg berust op dezelfde aandachtspunten die altijd en overal in de laatste levensfase gelden:

- *cliënten ervaren aandacht voor zorgbehoeften op lichamelijk, psychosociaal, spiritueel gebied,*
- *zorgverleners zijn alert op verschuivingen in iemands wensen en behoeften tijdens het proces van ziek zijn en achteruitgaan,*
- *er is pro-actief handelen: pijnbestrijding en bestrijding van ander lichamelijk ongemak,*
- *het is voor de bewoner en zijn mantelzorger duidelijk waar zij terecht kunnen met vragen,*
- *professionele zorg staat in samenhang met mantelzorg en vrijwillige hulp*
- *zorgverleners zijn vakkundig maar zullen niet altijd alles weten; ze kunnen gespecialiseerde deskundigen raadplegen (vanuit behandeldienst, of regionaal netwerk PTZ),*
- *bewoners en zorgverleners kunnen beroep doen op geestelijke verzorging (zingevingsvragen).*

De persoonlijk begeleider coördineert het geheel van de zorg in afstemming met de behandelaar(s).

In woonvoorzieningen gelden afspraken voor palliatief-terminale zorg; comfort is het leidende motto.

1. *Bij de behandeling rond het levenseinde zijn soms ingrijpende beslissingen nodig, zoals het nalaten van belastende en medisch zinloos onderzoek en behandeling, het nalaten van een ziekenhuisopname, het verminderen of stoppen van medicatie. Die beslissingen neemt de arts in grote zorgvuldigheid, in goed overleg met de cliënt, de eerste contactpersoon of de wettelijk vertegenwoordiger. Er wordt rekening gehouden met de wilsbekwaamheid van de cliënt.*
2. *Palliatief-terminale zorg zal aansluiten op fysieke, psychosociale en geestelijke behoeften. Verzorging is er op gericht dat de cliënt zich comfortabel voelt. Zorgverleners houden rekening houden met iemands persoonlijke wensen ten aanzien van eten en drinken (wel stimuleren, niet opdringen).*
3. *Er is oprechte aandacht voor gevoelens van angst, verdriet, vreugde; voor zorgen over de eigen situatie of zorgen over anderen; waar onder de behoefte de balans in het leven op te maken. De cliënt heeft behoefte aan persoonlijke aandacht; de zorgverleners staan open voor contact, hebben aandacht voor iemands pijn, angst, verdriet.*
4. *Er zijn aangepaste zorgafspraken in de overgang naar een stervensfase (een fase waarin geldt dat de persoon meestal niet meer uit bed komt, slechts kleine slokjes kan drinken, vaak niet meer in staat is tabletten in te nemen; deels sub-comateus is).*
   In deze stervensfase moet er ruimte zijn voor extra betrokkenheid van familie en vrienden; ook voor cultureel gangbare rituelen. Ieder sterft op zijn eigen manier. Na het overlijden van de bewoner worden onvermijdelijk praktische zaken geregeld, maar is er ook 'nazorg' naar nabije familieleden. Met respect voor hun rouw.
5. *De cliënt wil serieus genomen worden, zo lang mogelijk regie over zijn eigen leven voeren, zelf bepalen wie op bezoek komt en wanneer, ook met wie en wanneer hij/zij praat over emoties. De zorgverleners bevorderen de gewenste waardigheid in de laatste fase; ze begrijpen dat de cliënt het moeilijk heeft als hij/zij heel weinig nog zelf kan doen.*

Bijlage 5
Geraadpleegde mensen (individueel of via gezamenlijke werkbijeenkomsten)

M. Biacsics, Netwerk Cliëntenraden Zorg
G. Broekema, Alzheimer Nederland
M. Laterveer, LOC, Zeggenschap in Zorg
P. Schout, NPCF
E. Verkaar, Zorgbelang Gelderland
A. Jonkers, IGZ
M. Mahler, Zorginstituut Nederland
I. Wever, Zorgverzekeraars Nederland
A. Pomp, VWS
M. Jansen, VWS
H. Nies, Vilans
A. Ruhl, Vilans
F. Roos, Verenso
C. Woudhuizen, V&VN
E. vd Bent, Actiz
H. Oosterom, Actiz
M. Buiting, NVZT, voorheen CBO
M. Hollander, ROC Utrecht
D. Baars, WZH
A. Boekelman, Volckaert
D. de Bresser, Pieter van Foreest
B. van Gent, Florence
R. van Dam, Careyn
V. van Dijk, Omring
K. van Essen, Saffier
J. Groen, Crabbehoff
I. Harmelink, Zorgaccent
K. Hazelaar, Opella
N. ten Kattelaar, Zorgaccent
M. Keijser, Vivium
I. Kroon, Florence
A. van Mansum, Surplus
R. Ruijters, Meandergroep
M. Schook, WZH
R. Schmidt, Cordaan
A. Schouten, Zorgbalans
D. Smit, Reigershoeve

Belangrijke onderzoekbronnen:

- *SCP*
- *Nivel*
- *Trimbos Instituut*
- *Vilans*
- *Universiteit Maastricht*
- *Vrije Universiteit / VUmc*
- *LUMC (ouderengeneeskunde)*
- *Leiden Academy*
- *Universiteit van Amsterdam / langdurige zorg*

Waardigheid
en trots

Postbus 19188
3501 DD Utrecht

Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht

030 789 25 10
www.waardigheidentrots.nl

www.twitter.com/waardigentrots
www.facebook.com/waardigheidentrots
www.linkedin.com/company/waardigheidentrots

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport